



陕西出版资金资助项目

病人的十万个为什么

总主编 ○ 张利锋 | 神经内科疾病 / 脊髓疾病 / 脑退变病与脑部感染性疾病
脑血管疾病 / 脑寄生虫病 / 脑髓鞘性疾病 / 癫痫
锥体外系疾病 / 肿瘤 / 癫痫 / 肌病

神经内科

主 编 赵 钢



以“**病人问、医生答**”的形式阐述神经内科常见病的预防、治疗等相关知识。

专科医生的倾情解答，帮您解读健康密码……
总有一些问题是您想要知道的！

第四军医大学出版社

临床常见症状

拓展阅读

神经系统结构及功能受损害，在临床上会出现相应的症状、体征或综合征。准确识别这些症状和体征有助于推测病变的部位，也有利于初步确定疾病的性质。在神经系统疾病中，最常见的临床症状有以下几种：头痛、头昏、眩晕、晕厥、抽搐与惊厥、意识障碍。

本章问题由**康涛 邢斌 王乐** 医生回答

头痛

头痛在广义上指头、面部，甚至枕、颈部疼痛，狭义上指眉弓以上至后发际以前的颅脑部疼痛，是临床各科最常见的症状之一，通常为良性，是一些颅内或全身疾病的早期或主要表现。其原因可能是由于颅内、外致痛结构发生变形、移位或被牵拉所致。例如动脉瘤时动脉的膨胀、牵拉和扩张所致头痛；脑肿瘤、脑出血时所致脑内组织牵拉或移位所致头痛；面神经炎、三叉神经、枕大神经、耳大神经等颅（脊）神经的压迫、牵拉和炎症所致头痛；脑膜炎、高血压脑病时脑膜刺激和颅内压改变所致头痛；头及颈部肌肉持续痉挛、炎症和外伤也可导致头痛。此外，一些五官疾病（青光眼、副鼻窦炎等）、精神因素的疾病（焦虑、抑郁状态）也可导致持续性头痛。

眩晕

眩晕是一种运动性和位置性的幻觉。包括病人感到周围物体旋转或病人本身在旋转，如起伏波动感、不

临床常见症状

稳感、摇摆感、头重脚轻感等。这些感觉中，凡是有旋转感觉的，为前庭系统受累，统称为真性眩晕。而无旋转感觉的，即波浪起伏感、不稳感、摇摆感、头重脚轻感等，除前庭系统可能受累外，常因视觉系统或本体感觉系统受累而引起，这些感觉称为眩晕。对于眩晕的定义也各有不同解释，但总的说来，由于前庭末梢感受器是在内耳迷路，故眩晕在耳鼻咽喉科范围内，以研究真性眩晕为主要对象。

晕厥

晕厥是最常见的引起意识水平下降或完全丧失的原因之一，占急诊病人总人数的3%。好发人群包括在校学生、青年女性、老年人，主要原因为一过性的全脑供血不足所致的短暂的意识丧失伴肌张力消失，表现为突然倒地，倒地后迅速恢复意识，一般很少有后遗症。可因血管舒缩功能障碍、各种心脏疾病导致心脏输出血量不足、脑部疾病（高血压脑病、脑动脉栓塞、短暂性脑缺血发作等）以及外周血管张力下降造成。

抽搐与惊厥

抽搐是指全身或局部骨骼肌的非自主性抽动或强烈收缩，常引起关节运动（强直）。而惊厥是指肌肉呈强直性或阵挛性收缩，表现为全身性、对称性，伴意识丧失的肢体抽搐。可以由于脑部疾病，如脑部的感染、外伤、肿瘤、血管疾病及脑的先天性及遗传性疾病导致；还可以为一些全身性疾病所致，例如感染性疾病（破伤风、狂犬病）、心血管疾病、中毒（有机磷、一氧化碳、重金属）、代谢障碍（血糖异常，肝、肾性脑病，维生素B₁缺乏）、物理因素所致损伤（热射病、溺水、触电

临床常见症状

等)。此外，抽搐还有可能为一些精神因素所致疾病的临床表现，如癔症性抽搐。

意识障碍

简单来讲，病人出现呼之不应，对外界环境的刺激反应减弱或者出现同平时精神行为状况不一样的表现就叫作意识障碍。意识是一种高级神经活动，包括定向力、感知力、注意力、记忆力、思维、情感和行为等。意识在医学中是指大脑的觉醒程度，是机体对自身和周围环境的感知和理解的功能，并通过人们的语言、躯体运动和行为等表达出来，或被认为是中枢神经系统（CNS）对内、外环境的刺激所做出的应答反应的能力，该能力减退或消失就意味着不同程度的意识障碍。任何累及脑干或双侧大脑皮质的病变均可导致意识障碍。

1.什么是头痛？

头痛是临床常见的一种症状，通常将局限于头颅上半部，包括眉弓、耳轮上缘和枕外隆突连线以上部位的疼痛统称为头痛。

2.头痛一般都是由什么原因造成的？哪些疾病会导致头痛？

头痛病因繁多，神经痛、颅内感染、颅内占位性病变、脑血管疾病、颅外头面部疾病、以及全身性疾病如急性感染、中毒等均可导致头痛。

3.什么是偏头痛？偏头痛都有哪些症状？

偏头痛是临床最常见的原发性头痛类型，临床以反复发作的血管性头痛，发作性中重度、搏动样头痛为主要表现，头痛多为偏侧，一般持续4~72小时，可伴有恶心、呕吐。光、声刺激或日常活动均可加重头痛，安静环境、休息可缓解头痛。偏头痛多起病于儿童期和青春期，中青年期达发病高峰。女性多见，男女病人比例约为1：（2~3），人群中患病率为5%~10%，常有遗传背景，50%~80%的病人有家族史。

4.偏头痛怎么确诊？偏头痛怎么治疗？

偏头痛诊断主要依据家族史、典型临床表现，并且要通过辅助检查如头颅MRI、CT及MRA排除其他疾病可能后才可诊断。偏头痛治疗的主要目的在于终止头痛发作、缓解伴发症状和预防复发。治疗策略包括预防治疗及发作期治疗，其治疗往往是长期的。

5.什么是丛集性头痛？丛集性头痛都有哪些症状？

丛集性头痛是原发性神经血管性头痛之一，其特点为短暂、剧烈和爆炸样的头痛发作，位于一侧眼眶、球后和额颞部，伴有同侧眼球结合膜充血、流泪、鼻塞和（或）Horner征。群集期持续数周至数月。好发于男性。无家族遗传史，是少见的头痛类型。

6.什么是紧张性头痛？紧张性头痛都有哪些症状？

紧张性头痛是慢性头痛中最常见的一种，约占头痛病人的40%，主要表现为双侧轻、中度的压迫性或者紧束性的非搏动样头痛，不伴恶心、呕吐。其临床特征为钝痛，头痛位于顶、颞、额及枕部，常感头顶重压发紧感，并感颈枕部发紧僵硬，转颈时明显，可以伴或不伴头部肌群的痉挛性收缩。很多病人头痛多年未缓解。

7.哪些原因可导致紧张性头痛？

目前紧张性头痛的病因尚不清楚。引起紧张性头痛的原因较多，口、颌部功能异常，心理社会应激，焦虑不安，抑郁，妄想，对紧张性头痛药物过量使用，或者其他的器质性疾病，这此因素均可导致紧张性头痛加重。

8.什么是低颅压头痛？

低颅压性头痛是脑脊液压力降低（ <70 毫米水柱），脑脊液的“液垫”作用减弱，脑组织下沉移位，使颅底的痛觉敏感结构和硬脑膜、动脉、静脉、神经等受牵拉所导致的头痛，多为体位性的。病人常在直立后15分钟内出现头痛或头痛明显加剧，卧位后头痛缓解或消失。低颅压力头痛包括特发性和继发性两种。特发性病因不明，可能与血管舒缩障碍引起CSF分泌减少或吸收增加有关。脱水、糖尿病酮症酸中毒、尿毒症、

临床常见症状

全身严重感染、脑膜脑炎、过度换气和低血压等使CSF生成减少。由于CSF量减少、压力降低、脑组织移位下沉等使脑内容痛敏结构，如脑膜、血管和三叉、舌咽、迷走等脑神经受牵张引起头痛。

9.头痛与遗传有关系吗？偏头痛会遗传吗？

头痛与遗传有关系，偏头痛常常有遗传背景，50%~80%的病人有家族史。

10.高血压与头痛有什么关系？

高血压可以有头痛的症状，尤其是伴有高血压脑病时头痛为持续而剧烈的全头痛。此时，头痛与高血压有直接关系，控制血压，可缓解头痛。但是大多数情况下，两者并没有必然的联系，即高血压不一定可致头痛，而头痛不一定是血压高。

11.头痛与压力大有联系吗？

头痛与压力大多有关系，此外，焦虑、抑郁常见的一种临床表现就是头痛。

12.脑梗死会引起头痛吗？

与脑出血相比，急性脑梗死的病人头痛并不常见，但是仍有病人在脑梗死时感到头痛，其原因主要是面积较大的脑梗死引发脑水肿，继而引起颅内压增高所致。此病一般起病急骤，头痛程度一般较轻，呈搏动性头痛，多数病人可以耐受。如是大血管栓塞则头痛剧烈。有些小的梗死也可能不会导致头痛，头痛常见于心房纤颤导致的脑栓塞，因为这种病人起病急骤，会迅速出现脑水肿。此外，也有观察发现，后循环病变，即脑干、小脑的梗死比其他部位易出现头痛。

13.癫痫会导致头痛吗？

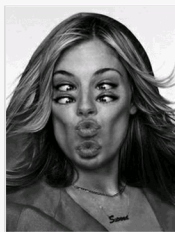
癫痫是可以引起头痛的，癫痫是由于各种原因引起的脑神经元异常放电，以反复痫性发作为特征的疾病，临床症状多种多样，须去医院就诊，行相关检查，明确诊断后方可针对性的使用合适地药物。

14.什么样的头痛需要住院治疗？

剧烈的、难以耐受的及原因不清的头痛需要住院以进一步明确原因，明确头痛是因为颅内压力高、颅内感染等原因或同时伴有神经功能缺损异常体征的，以及其他可能导致严重后果的头痛，病人需要住院进一步治疗。

15.腰穿对查头痛原因有用吗？头痛为什么要做脑电图？CT、MRI对明确病因起作用吗？为什么做颈部血管B超？

腰穿对于颅内感染性疾病及颅内压异常所致头痛的鉴别具有不可替代的检查作用；脑电图同样对于脑功能的判断、感染性疾病及癫痫等疾病的诊断具有相当大的指导意义；头颅CT（电子计算机断层扫描）、MRI（磁共振）检查对于脑内器质性疾病的排除具有很大的参考价值，而各种头痛的诊断首先就要建立在排除颅内器质性疾病（如脑肿瘤、脑血管病等等）的基础之上的；颈部血管超声可以评估脑供血情况，从而为疾病的诊断提供参考价值。





16.什么是头晕？头晕是病吗？头晕都由哪些原因引起？



头晕不是病，是一种常见的脑部功能性障碍，也是临床常见的症状之一，为头昏、头胀、头重脚轻、脑

临床常见症状

内摇晃、眼花等的感觉。头晕可由多种原因引起，最常见于发热性疾病、高血压、脑动脉硬化、颅脑外伤综合征、神经症等。此外，还见于贫血、心律失常、心力衰竭、低血压、药物中毒、尿毒症、哮喘等。抑郁症早期也常有头晕。头晕可单独出现，但常与头痛并发。

17.为什么我会突然晕倒？

晕倒是一种突发性、短暂性、一过性的意识丧失，又称晕厥，系因一时性、广泛性脑缺血、缺氧引起，并在短时间内自然恢复。病因可以有以下几方面：

（1）心源性晕厥 由于心律失常、心肌梗死等原因引起心搏出量急骤降低所致。特别常见于房室传导阻滞、室性阵发性心动过速等。

（2）反射性晕厥 这是一种常见的晕厥，分为：
①由于迷走神经张力增高引起的晕厥。
②体位性晕厥，多在卧位转成直立时发生。
③颈动脉窦过敏性晕厥。

（3）排尿性晕厥 在排尿时或排尿后突然发生，多见于男性，尤易于夜间起床排尿或憋尿时间过长时出现。

（4）脑源性晕厥 由于颅内外脑血管病变或血管运动中枢本身受损导致的晕厥，还有癫痫发作也可导致短暂意识丧失。

（5）其他晕厥 常见于有慢性阻塞性肺疾病或伴有肺气肿者。失血、失水性晕厥，可由各种原因引起的急性大量失血、失水，有效循环量急骤减低所致。高山适应性和低血糖性晕厥，系由于吸入空气中氧含量低和体内血糖含量不足所致。以上多种原因均可引起晕倒，

临床常见症状

需要进行进一步相关检查才可明确诊断并予以治疗。

18.头晕和眩晕综合征有什么区别？

眩晕和头晕有一定的区别，一般来说头晕并没有外界环境或者自身旋转的运动感觉。而眩晕综合征表现为突出的运动幻觉，表现为自身旋转或者外界环境中的物体旋转。

19.头晕为什么要做前庭功能检查？

头晕行前庭功能检查以便于排除前庭性眩晕，这种眩晕发病很突然，一般持续数分钟至数小时，表现为旋转感（运动感），常常会有耳蜗不适的症状，但没有意识障碍，如梅尼埃病、良性外周性位置性眩晕、突聋性眩晕等。

20.头晕为什么要做全脑血管造影？

临床上高度怀疑后循环缺血中枢性眩晕时（如椎基底动脉血管狭窄时），需要进一步行DSA检查以求明确诊断，并予以干预治疗。

21.当出现什么样的头晕时需要入院治疗？

可导致头晕的原因较多，并且头晕是一种非特异性的临床症状，所以说如果出现头晕，而且头晕只要和本人平日惯常的头晕症状不一样，就需及时就诊，请医

临床常见症状

生进行相关查体及检查，确定是否需要住院治疗。

22.什么是睡眠障碍？

睡眠障碍是指睡眠量的异常及睡眠质的异常或在睡眠时发生某些临床症状，如睡眠减少或睡眠过多、睡行症等，其中以失眠症最为常见。睡眠障碍常常由于长期的思想矛盾或精神负担过重、脑力劳动强度大、劳逸结合长期处理不当、病后体弱等原因引起。因此患此病后，首先要解除上述原因，重新调整工作和生活。

23.什么是痴呆？

痴呆其英文Dementia一词来自拉丁语（de意指“远离”+mens意指“心智”），是一种因脑部伤害或疾病所导致的渐进性认知功能退化，且此退化的幅度远高于正常老化的进展。具体是指在意识清醒状态下，出现的已获得的职业和社会活动技能减退与障碍，认知功能下降，记忆力减退或丧失，视空间技能损害，定向力、计算力、判断力等丧失，并相继出现人格、情感和行为改变等障碍，且呈进行性加重过程。特别会影响到记忆、注意力、语言、解题能力。严重时无法分辨人、事、时、地、物。病人的社会功能严重受损，对自己熟悉的工作不能完成；晚期生活不能自理，运动功能逐渐丧失，甚至穿衣，洗澡，进食以及大、小便均需他人协助。

24.痴呆的常见临床表现有哪些？

主要表现为两大类：

（1）认知功能障碍方面 ①记忆障碍为最突出的早期症状，表现为逆行性和顺行性两种形式的遗忘，如遗失常用物品，忘记在炉上煮的食物、忘记约会等。晚期出现定向力障碍，甚至不记得自己的生日、家庭成员及自己的姓名。②还可表现为语言障碍或失语：例如命名困难，言语空洞、累赘，对语言的理解、书写和复述也有障碍，晚期则少语或出现模仿语言。③意念性失用：表现为不能执行运动活动和做一些简单的动作，如梳头、穿衣等。④失认：对认识物件甚至家人的能力丧失，也有触觉失认，即不能靠触觉辨认手中的物体（如硬币）。⑤运动能力紊乱：指执行较复杂的任务或完成较复杂的行为活动时出现的障碍，这也是痴呆病人最常见的症状之一，亦为社会适应能力衰退的表现之一。

（2）非认知功能障碍 ①空间认识障碍：即空间定向和执行空间认识活动的障碍。②判断和预见能力障碍：表现为过高估计自己的能力和地位，或过低估计某些活动的危险。③人格改变：如不讲卫生，不修边幅，以及对生人不适当的过度亲密等。④步态改变：经常跌倒，亦可伴有语言模糊不清和其他基底节病变的表现。⑤精神和行为障碍：这是痴呆的突出症状之一，常见症状有焦虑、抑郁、情绪异常、精神和行为异常。后者包括幻觉、妄想、易激惹、攻击行为（语言和行动）、病态搜集无价值物件等。

25.痴呆是由什么原因造成的？

引起痴呆的病因很多，可以由神经系统原发疾病造成，也可以由其他系统性疾病所致。常见原因分列如下：

（1）中枢神经系统变性疾病 如阿尔茨海默病、额-颞叶痴呆、克-雅病、路易体痴呆、帕金森病、亨廷顿病。

（2）其他中枢神经系统疾病 ①脑血管病变：血管性痴呆。②占位性病变：肿瘤、慢性硬膜下血肿、慢性脑脓肿。③感染：脑炎、脑膜炎、神经性梅毒、艾滋病痴呆。④创伤：脑外伤。

（3）代谢障碍和内分泌障碍 ①内分泌系统疾病：如艾迪生病、库欣综合征、高胰岛素血症、甲状腺功能低下、垂体功能减退、甲状旁腺功能亢进、甲状旁腺功能减退。②肝功能衰竭、肾衰竭、肺功能衰竭。③慢性电解质紊乱。④血卟啉病。⑤肝豆状核变性。⑥维生素缺乏，如维生素B₁、烟酸、叶酸、维生素B₁₂等缺乏。

（4）中毒、缺氧 酒精、重金属、一氧化碳、药物中毒，缺氧等。

26.痴呆通过治疗能改善吗？

不同原因引起的痴呆治疗方法不同，有明确病因的首先是需要病因治疗，痴呆症状才有可能得到改善。但对于中枢神经系统变性疾病所致的痴呆，目前的治疗方法大多是延缓或减慢其痴呆发展的速度，逆转痴呆的可能性不大。

27.家中有痴呆病人应该注意什么？

（1）要预防痴呆病人卧床不起 对老年性痴呆病人，家人往往很容易产生过度的保护倾向，这是造成病人卧床不起的最大原因。病人一旦卧床不起，可出现许多并发症，这将会加重痴呆症状，加快缩短其寿命，因此对于早期痴呆病人，应该让他们在家人看护和指导下做一些力所能及的事情。另外，家人还要了解病人的心理状态，绝对不能疏远病人，要帮助病人排除心理障碍及行为障碍，帮助病人恢复记忆。这对早期病人的防治来讲，是非常重要的环节。

（2）要注意饮食和营养 老年痴呆症病人一般都有不同程度的饮食障碍和吞咽障碍。再则，老年人本身肾功能及消化、吸收功能低下，基础代谢率降低和身体活动量减少等原因，使体内对营养素的利用、吸收容易产生障碍，导致病人营养不良，甚至出现贫血。因此对痴呆症病人的饮食要考虑量和质的平衡，要选用容易消化、容易吞咽的食物，对蛋白质、脂肪的摄入不必加以限制。低营养状态会进一步促使疾病的发展。

医生叮嘱

引起以上神经系统临床症状的原因多样复杂，需要结合具体情况综合分析。病人请勿自行“对号入座”，须到正规的神经专科就诊，行相关检查，明确诊断后方能科学系统治疗。

（3）要保持日常卫生习惯 对早期痴呆症病人要尽可能帮助其保持日常生活习惯和卫生习惯。起居、穿衣、刷牙、洗脸等，即使做得不规范，也要尽可能让他们自己去做。因为这也是防止疾病进一步发展所不可忽视的环节。对卧床不起的病人，必须给予护理，清洁口腔，要定时给病人洗澡、洗头，要勤换衣服。痴呆病人时常出现大、小便失禁，一旦出现，即表明病情已到了相当严重的程度。排便、排尿后要及时处理，保持皮肤的清洁干燥，以防感染。

周围神经系统疾病

典型表现

原发于周围神经系统的功能和结构的障碍。由感觉丧失，肌肉无力与萎缩，腱反射的减退以及血管运动症状，单独地或以任何组合方式形成的综合征。

本章问题由**张红鸭 李敏 张化宇** 医生回答

脑神经疾病

28.常见的脑神经疾病包括哪些？

脑神经共12对，包括嗅神经、视神经、动眼神经、滑车神经、三叉神经、展神经、面神经、位听神经、舌咽神经、迷走神经、副神经、舌下神经。临床常见的脑神经疾病有：三叉神经痛、特发性面神经麻痹、面肌痉挛、前庭神经元炎、舌咽神经痛等。

29.三叉神经痛是一种什么病？

三叉神经痛是最常见的脑神经疾病，可分为原发性和继发性两种。原发性三叉神经痛病因不明，有人认为是三叉神经在脑桥处被异常扭曲的血管压迫后根，局部产生脱髓鞘变化而引起疼痛；继发性三叉神经痛多由于三叉神经核及三叉神经分支走行区的肿瘤、炎症刺激所致，表现为三叉神经分布区内短暂的反复发作性剧痛。

30.一侧面部经常抽着疼，有时洗脸刷牙时突然发作，难以忍受，是怎么回事？

出现这种情况考虑三叉神经痛。三叉神经痛多发生于中老年人，但其他年龄人群也可出现，女性略多于男性，右侧多于左侧。该病的特点是：在头面部三叉神经分布区域内，发病骤发、骤停，常局限于一侧，以二、三支受累最为多见，即面颊上下颌及舌部，呈闪电样、刀割样、烧灼样、顽固的、难以忍受的剧烈疼痛，甚至引起面肌反射性抽搐。说话、洗脸、刷牙或微风拂面，甚至走路时都会导致阵发性的剧烈疼痛，口角、鼻翼、颊部和舌部可为诱发疼痛的敏感区。疼痛历时数秒或数分钟，呈周期性发作，发作间歇期同正常人一样。随病程延长，发作次数逐渐增多，间歇时间缩短、每次发作时间延长，部分病人因恐惧发作而不敢洗脸、刷牙、进食，导致面部及口腔卫生差、面容憔悴、情绪抑郁。

31.得了三叉神经痛该怎么办？

继发性三叉神经痛治疗主要是查明病因，针对炎症、肿瘤等原发病的相应治疗。原发性三叉神经痛治疗包括药物治疗和手术治疗。药物治疗包括卡马西平、苯妥英钠等；手术治疗包括三叉神经及半月神经节封闭术、半月神经节经皮射频热凝治疗、微血管减压术等。

32.年轻人受凉后突然出现一侧眼睛闭不紧，喝水时一侧口角漏水，是怎么回事？

这种情况考虑特发性面神经麻痹。特发性面神经麻痹可发生于任何年龄，以20~40岁青年多见，男性多于女性。绝大多数病人在冬春季节发病，常为一侧性，左、右侧发生的几率相近，仅有不足1%病人为双侧面神经麻痹。起病迅速，一侧面部表情肌突然瘫痪，数小时内症状达高峰，部分病人起病前几日有同侧耳部、面部的轻微疼痛，数日即消失。

33.特发性面神经麻痹的病因是什么？

该病确切病因未明，认为其与嗜神经病毒感染有关。该病多在劳累、受凉或上呼吸道感染后发病，如乘车受冷风吹或睡眠后耳部受电风扇吹后发病，可能与机体抵抗力下降后病毒感染有关。目前认为，可能还与面神经的特殊解剖结构（面神经在其行程内需通过狭窄的骨性管道，易受压迫；同时邻近易受感染侵袭的咽部，易受到感染累及）有关。

34.得了特发性面神经麻痹该怎么办？

(1) 改善局部血液循环,减少面神经水肿,缓解神经受压,促进功能恢复。目前多主张急性期使用一个疗程的皮质类固醇激素治疗,可用地塞米松10~15毫克/天,静脉滴注,疗程7~10天。

(2) B族维生素可促进神经髓鞘的恢复,维生素B₁100毫克,维生素B₁₂500微克,每天一次,肌肉注射。

(3) 理疗。①急性期,超短波透热疗法红外线照射或局部热敷等有助于改善局部血液循环,消除神经水肿。②恢复期,可行碘离子透入疗法、针刺或电针疗法。

(4) 康复疗法。只要患侧面肌能活动即应开始自我功能锻炼,可对着镜子做皱眉、举额、闭眼、露齿、鼓腮和吹口哨等动作,每天数次,辅以面部肌肉按摩,主要用于恢复期,促进神经功能恢复。

(5) 手术治疗。对于茎乳孔处疼痛明显者,可行茎乳孔或面神经管减压术,减轻神经受压。病后2年仍未恢复者,可考虑行面-副神经、面-舌神经吻合术,但疗效难肯定,只有严重病例适用。

(6) 预防眼部合并症。因不能闭眼、瞬目而使角膜长期暴露,易发生感染,可用眼罩、眼药水加以防护。

35.面部和眼部经常不自主抽动，是什么病？

考虑面肌痉挛。面肌痉挛多数在中年以后发病，女性较多。病程初期多为一侧眼轮匝肌阵发性不自主的抽搐，逐渐缓慢扩展至一侧面部的其他面肌，口角肌肉的抽搐最易被人注意，严重者甚至可累及同侧的颈阔肌，但额肌较少累及。严重的眼轮匝肌痉挛可出现不能睁眼，影响行走及工作，并可伴轻度无力和肌萎缩。一次抽搐短则数秒，长则十余分钟，间歇期长短不定，紧张、疲倦、自主运动时抽搐加剧，入眠后多数抽搐停止。面肌随意收缩在非面肌抽搐时不受影响，少数病人于抽搐时伴有面部轻度疼痛，个别病例可伴有同侧头痛、耳鸣。

36.面肌痉挛的常见病因有哪些？

面肌痉挛又称面肌抽搐，其病因不明。有学者认为，本病发生与面神经通路受到机械性刺激或压迫有关，常见由异常血管、动脉瘤、面神经临近部位肿瘤、脑干梗死引起。近来有外国学者认为，其发生可能与原发性三叉神经痛有类似的发病基础，可通过外科手术减压治愈。少数病人为Bell麻痹后遗症表现。

37.听说肉毒毒素对治疗面肌痉挛效果特别好，除此之外，还有什么好办法吗？

治疗包括A型肉毒毒素局部肌内注射和药物治疗及手术治疗。肉毒毒素A局部注射是目前治疗面肌痉挛的首选方法，安全有效，简单易行，但病人于治疗后半年左右由于肉毒毒素A作用逐渐减弱，而逐渐复发，因此需要在首次治疗半年后进行重复治疗，此方法治疗可连续应用数年，但最终痊愈者少；口服药物主要包括卡马西平、氯硝西泮、加巴喷丁等；手术治疗可用于血管压迫所致的面肌痉挛，可考虑行微血管减压术，此外，周围神经切断术也可能有效。

38.前庭神经元炎是由什么原因引起的？

前庭神经元炎为末梢神经炎的一种。病变发生在前庭神经节或前庭通路的向心部分。因发病前常有上呼吸道感染史，病人周围时常可见到相同病人，故多认为病因可能与前庭神经元的病毒感染有关。

39.患上前庭神经元炎该怎么办？

主要是对症治疗。病人需卧床休息，避免头颈活动及声光刺激，可应用倍他司汀、东莨菪碱、异丙嗪或氟哌啶醇等药物改善眩晕症状；急性期可应用抗病毒药物联合皮质激素治疗病毒感染，减轻炎症反应；待恶心、呕吐停止后可行前庭功能康复训练。

40.舌咽神经痛的病因是什么？

舌咽神经痛可分为原发性、继发性两种。原发性舌咽神经痛病因不明，可能与脱髓鞘改变致舌咽神经和迷走神经之间“短路”有关；继发性舌咽神经痛可由颅内炎症、肿瘤、异位血管的压迫、鼻咽部及其附近的肿瘤、慢性扁桃体炎、舌咽神经纤维瘤、茎突过长等引起。

41.舌后根、咽喉部、耳内经常抽着疼，吃饭时常会发作，怎么回事？

这可能是您患上了舌咽神经痛。舌咽神经痛好发于35～50岁的人群，发病部位多见于扁桃体区、咽部、舌根部、颈部、耳道深部、下颌后区处，常表现为突然出现的一侧舌后1/3及扁桃体剧痛，并迅速放射到咽，喉，软腭，咽鼓管，外耳道及外耳前、后区，每个人可不相同，但一般不超过以上范围；性质呈类似于三叉神经痛的阵发性剧痛，如刀割样、刺戳样，痛性抽搐。清晨、上午频发，睡眠时可有发作，发病时咽部、喉部有异物感和梗噎感，而导致频频咳嗽。触诊可使疼痛发生，也称“扳机点”，常见于扁桃体区、外耳道、舌根处。吞咽、咀嚼、打哈欠、咳嗽均可诱发疼痛。有间歇期，间歇期疼痛可完全缓解。病人由于惧怕疼痛而减少进食，可引起脱水、消瘦。严重者可有心律不齐、心跳停止、昏厥、抽搐、癫痫发作、喉痉挛，由于舌咽神经部分纤维支配腮腺分泌，还可出现腮腺分泌过多等现象。

42.得了舌咽神经痛该怎么办？

原发性舌咽神经痛治疗与三叉神经痛相似，首先是药物治疗，发作频繁、剧烈且长时间药物治疗无效时再进行手术治疗。药物治疗主要选用加巴喷丁、卡马西平、苯妥英钠等抗癫痫药物，手术治疗有神经阻滞术、舌咽神经干切除术、舌咽神经根切除术和微血管减压术等。发作时有心动过缓、心跳停止者可应用阿托品，部分病人必须植入临时心脏起搏器。继发性舌咽神经痛主要是针对原发病的治疗。

脊神经疾病

43.脊神经疾病主要包括哪些疾病？

脊神经由脊髓发出，共有31对，包括8对颈神经、12对胸神经、5对腰神经、5对骶神经、1对尾神经，主要支配躯干及四肢的感觉、运动及反射。脊神经疾病是指外伤、嵌压、感染、中毒、营养障碍、遗传等原因引起的脊神经支配区的疾病。主要包括以坐骨神经痛为代表的单神经痛、臂丛神经痛，以糖尿病多数性神经病为代表的多数性神经病、多发性神经病、吉兰-巴雷综合征和慢性炎症性脱髓鞘性多发性神经病等。

44.经常感到臀部向大腿抽着疼，是怎么回事？

你可能患上坐骨神经痛。坐骨神经痛有以下特点：

（1）单侧居多，疼痛在腰部、臀部并向股后、小腿后外侧、足外侧放射。

（2）疼痛呈持续性钝痛，并有发作性加剧，向下窜行，发作性疼痛可为烧灼样和刀刺样，常在夜间更剧烈。

（3）弯腰或活动下肢、咳嗽、排便时疼痛加重，休息可减轻。为减轻疼痛，卧位时病人常将患肢微曲向健侧卧，坐下时先健侧臀部着力，直立时脊柱向患侧侧凸。

（4）坐骨神经径路上有压痛。

（5）当病人俯卧且伸直髋关节、膝关节时抬起一侧下肢，病人出现大腿前方放射痛；或病人仰卧位伸直髋关节膝关节后抬起一侧下肢小于70度时出现大腿后部放射痛。

（6）踝反射减弱或消失，可有神经根型的感觉障碍、拇趾背屈力差等。

45.坐骨神经痛的病因有哪些？

坐骨神经痛是指坐骨神经通路上，即腰、臀部、大腿后外侧、小腿后外侧和足外侧的疼痛，可由多种原因引起。可分为原发性坐骨神经痛和继发性坐骨神经痛。原发性坐骨神经痛为坐骨神经炎引起，原因尚不清楚，可能与受凉，感冒，牙龈、鼻窦感染，侵犯神经外膜致间质性神经炎有关。继发性坐骨神经痛临床上常见，是坐骨神经通路受周围组织或病变压迫或刺激所致，少数继发于全身性疾病，如糖尿病、痛风、结缔组织病等。按受累部位分为根性和干性坐骨神经痛。根性坐骨神经痛多由于腰椎间盘突出、腰骶增生性脊椎炎、椎管内肿瘤、脊柱结核、椎管狭窄等压迫坐骨神经根所致。干性坐骨神经痛是由于坐骨神经干走行过程中受到压迫或刺激（如骶髂关节炎、盆腔炎、外伤、臀部注射不当等）引起。

46.得了坐骨神经痛后一直吃布洛芬，但有时觉得疗效不好，还有其他治疗方法吗？

（1）病因治疗主要针对原发性疾病，去除原发病因，药物治疗主要为缓解症状，急性期可使用止痛剂（如吲哚美辛、布洛芬等）、B族维生素（如维生素B₁）或糖皮质激素。

（2）按摩、推拿、针灸及其他理疗，神经阻滞疗法，手术治疗（手术治疗主要针对其他方法疗效不佳及

慢性复发病例)。

47.怎样预防坐骨神经痛?

锻炼是最好的预防方法。病人在家可适当做伸延运动来减少疼痛和预防坐骨神经痛。但是,因为人和人不同,每个人适合的运动方式也有所不同。对大多数人来说,行走和游泳可强化后背肌肉。坐着、站着和躺着的方式可能有重要影响。如果长时间站立,头应该向前,背部应该挺直,均匀分配两脚重力,保持腿部直立。坐着时腰背部应该有支撑,背部保持伸直状态,臀部略高于膝部,让脊椎下部自然弯曲,给予神经活动充足的空间,脚应该平放于地面(可使用一个脚凳)。如果要感觉舒服的话,可使用一个小垫子或者成卷的毛巾支撑腰背部。

48.经常感到由肩部向胳膊、手指抽着疼,是怎么回事?

可能患上了臂丛神经痛。臂丛是指由颈5至颈8及胸1脊神经前根组成的神经丛,主要支配上肢运动及感觉。受损时常产生神经支配区疼痛,故称为“臂丛神经痛”。分为特发性和继发性两类,前者病因未明,后者多见,常由臂丛临近组织病变压迫所致。常见的引起臂丛神经痛的原因及表现如下:

(1) 颈椎病(主要是颈椎肥大),一般为麻痛和触电感。第6颈神经根受刺激时,疼痛沿患侧上肢的桡侧放射至食指和中指;病人颈部过度侧弯、后伸、用力,咳嗽或喷嚏时加重;严重时出现患侧上肢的中枢性瘫痪。

周围神经系统疾病

(2) 臂丛神经炎疼痛呈烧灼样或针刺样，初期位于一侧颈部、锁骨上窝或肩部，以后扩展至同侧上肢及手部，以尺侧为重；疼痛初期为间歇性，继而转为持久性并呈阵发性加剧，于患侧上肢活动、抬举时加重，休息或屈肘时减轻；患侧上肢和肩胛带肌力减弱，并出现轻重不一的上肢和肩胛带肌肉萎缩。

(3) 颈胸出口区疼痛综合征（包括前斜角肌综合征，锁骨、肋骨综合征，胸小肌综合征）起病缓慢，主要表现为疼痛和麻木，可由患侧肩胛区向臂内侧及手掌尺侧放射，疼痛呈刺痛、烧灼痛或钻痛。当患侧上肢伸展、提举物体或病人睡眠、久坐、较长时间做手工劳动时加重，而当患肢内收或屈肘时减轻，严重时患侧手部肌力减退及肌肉轻度萎缩。

49.得了臂丛神经痛需要减少患肢活动吗？除了吃止痛药还有什么好办法吗？

患臂丛神经痛时，应尽量减少患肢活动，患肢屈肘时贴胸前，用宽布带悬吊于颈部。可口服止痛剂，如芬必得、扶他林、去痛片等。患肢压痛点0.5%~1%普鲁卡因液及醋酸可的松液注射，每周1~2次。此外，还可选用理疗和针刺治疗。颈椎病引起者可采取头颈部牵引术，待疼痛减轻或消失后用颈托固定以巩固疗效；若症状进行性加重，或出现脊髓压迫时，应及早手术治疗。臂丛神经炎病人应选用肾上腺皮质激素以消除水肿和止痛，如服用泼尼松，每天30毫克，2周后逐渐减量至停用。

50.糖尿病病人常感到双脚发麻，是怎么回事？

考虑是糖尿病周围神经病。糖尿病性周围神经病为糖尿病最常见的慢性并发症之一，病因为血糖未得到有效控制，其发病机制目前尚不清楚。50%以上的糖尿病病人可出现神经病变的症状，或具有神经传导异常，但只有15%的病人同时出现神经病变的症状和体征。年龄超过50岁的糖尿病病人几乎都伴有周围神经病变，严重影响糖尿病病人的生活质量。临床上可分为以下几种综合征：

（1）糖尿病眼肌麻痹，多累及动眼神经或展神经。

（2）痛性胸腰神经根病，累及肢体或躯干的急性单神经病。

（3）快速进展的、痛性、非对称性以运动为主的多发性神经病。

（4）对称性近端无力和萎缩，经常伴有疼痛和感觉缺失。

（5）对称性远端感觉性神经病足，下肢为重，慢性进展，是糖尿病神经病最常见的类型。

（6）自主神经病累及膀胱和直肠，可导致大小便障碍。

51.平时身体健康，怎么会得吉兰-巴雷综合征这种病，之前有过感冒受凉，和这有关系吗？

吉兰-巴雷综合征（GBS）可能与感冒受凉史有关。吉兰-巴雷综合征目前病因尚未充分阐明。约70%的GBS病人发病前有前驱感染史，通常见于病前1~2周，少数病人有手术史或疫苗接种史。空肠弯曲菌（CJ）感染最常见，约占30%，腹泻为前驱症状的GBS病人CJ感染率高达85%，常与急性运动轴索型神经病（AMAN）有关。CJ感染潜伏期为24~72小时，腹泻初为水样便，以后出现脓血便，高峰期24~48小时，1周左右恢复。病人常在腹泻停止后发病，约50%的CJ肠炎病人腹泻2周后就不能分离出细菌。巨细胞病毒（CMV）感染与严重感觉型GBS有关，多数病人较年轻，发病症状严重，常出现呼吸肌麻痹，脑神经及感觉受累多见，与GM2抗体关系密切，抗CMV的IgM抗体和冷凝集抗体滴度增高，观察发现CMV感染的GBS有群发现象。发生于传染性单核细胞增多症发病前后的GBS常伴EB病毒（EBV）感染。肺炎支原体（MP）感染的GBS病人年龄较轻。乙型肝炎病毒（HBV）感染病人GBS发生率显著高于非HBV感染组。另外亦有人类免疫缺陷病毒（HIV）及莱姆病的报道。尽管很多临床观察得出结果并不完全一致，但已明确吉兰-巴雷综合征（GBS）是由免疫介导所致，由周围神经的特异性抗原引发的抗体导致周围神经髓鞘脱失的疾病。部分变异型轴索损伤重，且与空肠弯曲菌（CJ）感染

周围神经系统疾病

密切相关。

52.得了吉兰-巴雷综合征该如何治疗？

吉兰-巴雷综合征治疗包括支持疗法、药物治疗、对症治疗、预防并发症及康复治疗等。药物治疗可抑制异常免疫反应，消除致病因子的神经损伤，促进神经再生。主要包括：

（1）免疫球蛋白 用于急性期病人，可缩短疗程；成人按每天400毫克/千克计算，静脉滴注，连用5天。禁忌证：IVIG过敏或者存在IgA型抗体者、心力衰竭、肾功能不全者，此外免疫球蛋白制剂价格昂贵，此方案治疗花费较高。

（2）血浆交换 推荐有条件者尽早应用，可清除特异的周围神经髓鞘抗体和血液中其他可溶性蛋白。宜在发病后2~3周内进行，用于重症或者呼吸肌麻痹病人，能改善症状、缩短疗程及减少合并症。禁忌包括：严重感染、心律失常、心功能不全、凝血功能障碍。

（3）抗生素 考虑空肠弯曲菌感染者可用大环内酯类抗生素治疗。

（4）辅助呼吸 重症累及呼吸肌病人需用呼吸机辅助呼吸。

（5）其他 支持对症治疗及正确的康复治疗。

53.得了吉兰-巴雷综合征都已经2周了，经过治疗，症状越来越重，什么时候才能恢复？会不会留下后遗症？

病情一般在2周左右达到高峰，继而持续数天至数周后开始恢复，少数病人在病情恢复过程中出现波动。多数病人神经功能在数周至数月内基本恢复，少数遗留持久的神经功能障碍。GBS病死率约3%，主要死于呼吸衰竭、感染、低血压、严重心律失常等并发症。50%的病人能够痊愈，10%~15%的病人遗留后遗症。轴突型、老年病人伴有呼吸麻痹者、应用呼吸机超过1个月者预后差。另外，GBS中大约3%的病人可复发，再次复发常不如第一次恢复的完全。

54.四肢无力持续了3个月，医生考虑是慢性炎症性脱髓鞘性多发性神经病，有什么治疗方法吗？

慢性炎症性脱髓鞘性多发性神经病（CIDP）病人进行免疫治疗可使多数病人病情得到缓解或控制。免疫治疗包括皮质类固醇（如泼尼松、地塞米松等）、静脉免疫球蛋白（IVIG）、血浆置换和免疫抑制剂（如环磷酰胺、硫唑嘌呤等）。免疫治疗能终止自身免疫反应和炎性脱髓鞘，防止继发性轴突变性。治疗有效的病人必须坚持治疗，直到病情得到最大程度的改善或稳定，此后进行维持治疗，预防复发和进展。CIDP是一种慢性病，治疗方案个体化，根据病人的症状、经济状况、方

便性、有关系统性疾病等进行选择。

55.慢性炎症性脱髓鞘性多发性神经病预后怎么样？

缓解－复发型CIDP病人预后较持续进展型好。研究显示，CIDP病人的长期预后取决于病人的发病年龄、临床表现以及治疗反应。亚急性起病或单向病程的年轻病人，其治疗效果较好。64岁以上起病的老年人其治疗后完全恢复的可能性较64岁以下起病的病人小。近端无力的CIDP病人其缓解率较远端无力的高，且预后较好。总之，CIDP病人远期预后一般较好，尤其是单向病程或缓解型病程的病人。另外，经验提示：病人起病后至开始治疗的时间是预后的关键，但尚需进一步研究证实。

医生叮嘱

周围神经疾病的种类繁多、病因复杂，出现周围神经损伤或炎症表现时，需要到正规医院早日筛查病因，规范治疗，避免贻误病情，造成周围神经不可逆的损伤。

脊髓疾病

典型表现

脊髓及其神经的损伤和病害。由此引起其支配的有关组织器官呈现感觉和运动异常，如肌肉萎缩、跛行、偃卧和麻痹等。颈部脊髓前段横断性损伤可引起呼吸麻痹，立即死亡。

本章问题由**秦娜 孙梦婕** 医生回答

56. 脊髓炎病人的家庭护理需注意哪些方面？

在日常生活中，脊髓炎病人的护理对于病人的康复来说非常重要。有效做好脊髓炎病人的护理，不仅能够防止某些疾病引发的并发症，更能对脊髓炎病人的治疗起到一定的作用。

（1）平时注意调畅情志，保持心情愉快。饮食宜选择低脂、高蛋白、富含维生素及含钾高、高钙的食物，同时以含丰富亚油酸的食物为宜。多饮水，多食肉类、蔬菜与水果，以增加蛋白质和维生素的摄入。避免粗纤维和热烫、坚硬及刺激性食物。保证神经肌肉所需的营养，有益于延缓病情进展，且可降低并发症的发生率。

（2）鼓励早期病人坚持工作，并进行简单锻炼及日常活动。过于剧烈的活动，高强度的锻炼、用力以及过于积极的物理疗法反而会使病情加重。

（3）脊髓炎病人中期讲话不清、吞咽稍困难者，宜进食半固体食物，因为流质食物易致呛咳，固体食物难以下咽；更应注意口腔卫生，防止口腔中有食物残渣

脊髓疾病

留存。

(4) 晚期病人吞咽无力、讲话费力，甚至呼吸困难，应予鼻饲饮食以保证营养，必要时用呼吸机辅助呼吸。瘫痪病人长期卧床，活动量减少，抵抗力低下，极易并发肺部感染，要经常鼓励和协助病人翻身及拍背，每2小时一次。拍背时由下向上，每2~3分钟一次，右侧卧位时拍左侧，左侧卧位时拍右侧，这样做能避免分泌物在下呼吸道淤积，有利于分泌物的排出，防止坠积性肺炎的发生。一旦发生呼吸道感染，必要时立即进行气管切开，便于清除气管内分泌物，借助器械以维持呼吸功能。保持室内清洁和空气流通，定期进行消毒，房间地面及物品表面用0.5%过氧醋酸擦拭。定时翻身，同时按摩肩胛部、骶尾部、足跟、脚踝等骨突处，易受压部位用气圈、棉圈、海绵垫予以保护，经常用温水擦洗背部和臂部，涂爽身粉，保持皮肤清洁。用热水袋时水温不超过50℃，定时按摩，促进血液循环，及时清洗或更换污湿的床褥及衣服，保持床铺平整、清洁，使病人舒适，预防压疮。对轻度尿潴留病人，以温毛巾热敷下腹部并轻度按摩，改变体位，采用习惯的蹲位或直立位小便，听流水声诱导排尿，对诱导排尿失败的病人行导尿。由于脊髓损伤，瘫痪卧床，食欲下降，肠蠕动减弱，加之自主神经功能紊乱易致便秘，应多食水果蔬菜及粗纤维食物，养成定时排便的习惯，可在进食后1~2小时按摩腹部以促进肠蠕动，必要时给予开塞露、温开水或肥皂水灌肠以助排便。

(5) 康复护理。应早期帮助病人进行肢体功能锻炼，主要包括体位摆放、定时翻身练习等。利用躯干肌的活动，通过联合反应、共同运动、姿势反射等手段，

促使肩胛带的功能恢复，达到独立完成从仰卧位到床边坐位的转换。先从大关节开始后到小关节，手法由轻到重，循序渐进恢复肌力，肌力尚可时，鼓励病人积极训练站立和行走，开始时进行扶物训练和久站，逐渐训练独立行走，并可辅以按摩、理疗、针灸，加速神经功能的恢复，改善病人的功能状态。

57. 脊髓炎病人为什么会有尿便障碍？应如何处理？

急性横贯性脊髓炎，急性起病，常在数小时至2～3天发展至完全性截瘫，可发病于任何年龄，青壮年较常见，无性别差异，散在发病，病前数天或1～2周常有发热、全身不适或上呼吸道感染症状或疫苗接种史，可有劳、外伤及受凉等诱因，首发症状多为双下肢麻木无力，病变节段束带感或根痛，进而发展为脊髓完全性横贯性损害。病变以胸髓最常受累，病变水平以下运动、感觉和自主神经功能障碍。自主神经功能障碍：早期尿便潴留，无膀胱充盈感，呈无张力性神经源性膀胱，膀胱充盈过度出现充盈性尿失禁；随着脊髓功能恢复，膀胱容量缩小，尿液充盈到300～400毫升时自主排尿，称为反射性神经源性膀胱。处理原则如下：

（1）可先用针刺治疗，选取气海、关元和三阴交等穴，无效时可留置导尿。

（2）留置导尿应采用半封闭式冲洗引流装置，该装置及尿瓶须每日更换消毒，用庆大霉素8单位加入生理盐水500毫升，或甲硝唑250毫升冲洗灌注，保留半小时后放出，每天1～2次。鼓励病人多饮水，每3～4

脊髓疾病

小时放1次尿，以保持膀胱有一定的容量，防止挛缩。膀胱功能恢复后应尽早拔除尿管。

（3）如有尿路感染应及时菌检，根据病原菌的种类选用适宜的、足量的、敏感的抗生素静脉滴注治疗。

58.急性脊髓炎的临床表现有哪些？

急性脊髓炎是非特异性炎症引起的脊髓白质脱髓鞘病变或坏死，导致急性横贯性脊髓损害，也称为急性横贯性脊髓炎。目前病因尚不清楚。临床表现主要有：

（1）运动障碍 早期常见脊髓休克，表现为截瘫、肢体肌张力低和腱反射消失，无明显病理征。休克期多为2~4周或者更长，脊髓损害严重、合并肺部及尿路感染并发症和褥疮者较常见。恢复期肌张力逐渐增高，腱反射亢进，出现病理征，肢体肌力由远端到近端逐渐恢复。

（2）感觉障碍 病变节段以下所有感觉缺失，在感觉消失水平上缘可有感觉过敏区或束带样感觉异常，随病情恢复感觉平面逐步下降，但较运动功能恢复慢。

（3）自主神经功能障碍 早期大小便潴留，无膀胱充盈感，呈无张力性神经源性膀胱，膀胱充盈过度可出现充盈性尿失禁；随着脊髓功能的恢复，膀胱容量缩小，尿液充盈到300~400毫升时可自主排尿，称为反射性神经源性膀胱。损害平面以下无汗或少汗、皮肤脱屑和水肿、角化过度、指甲松脆。

（4）腰穿 脑压正常，细胞数正常或少量增多，蛋白量可轻度增高，糖、氯化物正常。压颈试验通畅，通常无椎管梗阻。

(5) 电生理检查 视觉诱发电位 (VEP) 正常; 下肢体感诱发电位 (SEP) 波幅可明显减低; 运动诱发电位 (MEP) 异常, 可作为判断疗效和预后的指标。肌电图可呈失神经性改变。

(6) 影像学 脊柱X线片正常。MRI显示病变部位脊髓增粗, 髓内多发片状或斑点状病灶, 强度不均匀, 可有融合。也有的病例可始终无异常。

59.急性脊髓炎如何治疗? 能治好吗?

急性脊髓炎的治疗包括:

(1) 一般治疗 加强护理, 防治各种并发症是保证功能恢复的前提。①高颈段脊髓炎有呼吸困难者应及时吸氧, 保持呼吸道通畅, 选用有效抗生素来控制感染, 必要时气管切开进行人工辅助呼吸。②排尿障碍者应保留无菌导尿管, 每4~6小时放开引流管1次。当膀胱功能恢复, 残余尿量少于100毫升时不再导尿, 以防止膀胱痉挛、体积缩小。③保持皮肤清洁, 按时翻身、拍背、吸痰, 易受压部位加用气垫或软垫以防发生压疮。皮肤发红部位可用10%的酒精或温水轻揉, 并涂以3~5%的安息香酊; 有溃疡形成者应及时换药, 应用压疮贴膜。

(2) 药物治疗 ①皮质类固醇激素: 急性期, 可采用大剂量甲基泼尼松龙短程冲击疗法, 500~1000毫克静脉滴注, 每天1次, 连用3~5天, 之后逐渐减量, 维持4~6周后停药。②免疫球蛋白: 可按0~4克/千克计算, 每天1次, 连用3~5天为1疗程。③B族维生素: 有助于神经功能的恢复。常用维生素B₁100毫克, 甲钴胺500微克, 肌肉注射, 每天1次。

脊髓疾病

(3) 康复锻炼 急性瘫痪期需保持功能位置,并对瘫痪的肢体进行按摩及被动的功能练习,改善病人的肢体血液循环,防止肢体挛缩、强直,当病人肢体功能逐渐恢复时,鼓励病人进行主动的功能运动,使其早日康复。急性脊髓炎的恢复主要取决于急性脊髓炎的损害程度、病变范围及并发症情况。如无严重并发症,多于3~6个月基本恢复。完全性截瘫6个月后肌电图仍为失神经改变、MRI显示髓内广泛信号改变、病变范围累及脊髓节段多且弥漫者预后不良。合并泌尿系感染、褥疮、肺部感染者常影响恢复,遗留后遗症。急性上升性脊髓炎和高颈段脊髓炎预后差,短期内可死于呼吸循环衰竭。

60.为什么会得急性脊髓炎，有哪些原因？

急性脊髓炎的直接病因尚不明确,多数病人在出现脊髓症状前1~4周有发热、上呼吸道感染、腹泻等病毒感染症状或疫苗接种史,包括流感、麻疹、水痘、风疹、流行性腮腺炎及EB病毒、巨细胞病毒、支原体等许多感染因子都可能与本病有关,但其脑脊液未检出病毒抗体,脊髓和脑脊液中未分离出病毒,推测可能与病毒感染后自身免疫反应有关,并非直接感染所致,为非感染性炎症性脊髓炎。

61.什么是脊髓压迫症？

脊髓压迫症是一组具有占位效应的椎管内病变。脊髓受压后的变化与受压迫的部位、外界压迫的性质及发生速度有关。随着病因的发展和扩大，脊髓、脊神经根及其供应血管受压并日趋严重，一旦超过代偿能力，最终会造成脊髓水肿、变性、坏死等病理变化，出现脊髓半切或横贯性损害及椎管阻塞，引起受压平面以下的肢体运动、感觉、反射、括约肌功能以及皮肤营养功能障碍，严重影响病人的生活和劳动能力。

62.得脊髓压迫症的原因有哪些？

脊髓压迫症的病因在成人以肿瘤最为常见，占1/3以上，其次是炎症，少见病因包括脊柱损伤、脊柱退行性变、颅底凹陷症等先天性疾病，以及脊髓血管畸形所致硬膜外及硬膜下血肿；在儿童则以椎管内肿瘤、外伤、感染和先天性脊柱畸形较为常见。

63.脊髓压迫症能治好吗？

脊髓压迫症的预后常与下列因素有关：

（1）压迫病因的性质及其可能接触的程度。髓外硬膜内肿瘤一般均属良性，手术能完全切除，预后比髓内肿瘤和不能完全切除的其他肿瘤好，若早期切除，脊髓功能可完全恢复。对可能切除的髓内肿瘤和血管畸形，多数病例术后可获得相当满意的恢复。转移性手术效果极差。

脊髓疾病

(2) 脊髓功能障碍的程度。在解除压迫前脊髓功能尚未丧失者，手术效果大多良好。当脊髓功能完全障碍超过半年者，即使压迫症状能完全解除，其功能恢复也不满意。

(3) 脊髓受压平面的高低。一般而言，高位压迫比低位压迫预后差。

(4) 压迫病因的解除越早越好。

(5) 急性压迫与慢性压迫。急性压迫时脊髓往往来不及发挥代偿功能，故而预后比慢性差。

(6) 解除压迫后脊髓功能恢复程序。一般浅感觉恢复较快，而运动障碍的恢复往往自末端开始，括约肌功能障碍的恢复出现最晚。若术后一个月脊髓功能不见丝毫恢复者，则提示预后不良。

64. 脊髓内肿瘤有哪些症状？

(1) 首发症状以疼痛最多见（为60%~68%）。引起疼痛的原因是多方面的，如肿瘤可压迫脊髓丘脑束的纤维，可侵及后角细胞，肿瘤可使相应部位的神经根和硬脊膜压向脊椎骨，局部脊髓可因肿胀缺血而引起疼痛。疼痛可较为剧烈，可为单侧，也



可为双侧，但往往不如神经鞘瘤所引起的疼痛强烈。其性质可以是灼痛、咬痛、刺痛或扭痛等。

颈2至颈3的脊髓髓内肿瘤模式图 (2) 首发症状中

脊髓疾病

运动功能障碍者占21%，感觉异常者占18%，可以双侧不对称。临床上感觉异常（包括感觉分离）作为首发症状可能远比运动障碍来得早，但由于不易被病人所注意，直到出现运动障碍后才予以注意。括约肌功能紊乱作为首发症状却很少见。

（3）可有不同程度的肢体运动障碍、肢体麻木或束带感，有不同程度的排尿功能障碍、便秘。大部分有明显锥体束征，但未发生瘫痪。有较明显肌萎缩者约占1/3，这可能是由于瘫痪后的废用，肿瘤压迫某些节段的脊髓神经，或由于疼痛而使病人活动减少。相应部位的棘突压痛和腰部运动受限症状，比脊膜瘤和神经鞘瘤等脊髓外肿瘤的病例少见。

65.脊髓压迫症的治疗方法有哪些？

一旦确诊为脊髓压迫症，应尽快去除脊髓受压的病因，手术是唯一的、切实有效的措施，同时应积极防治并发症，促进早期康复和加强护理。常见的治疗方法包括以下几种：

（1）病因治疗 根据病变部位和病变性质决定手术方法，如病变切除术、去椎板减压术及硬脊膜囊切开术等。

（2）药物治疗 ①激素：脊髓急性损伤早期应用大剂量甲基强的松龙静脉内注射可改善损伤后脊髓血流和微血管灌注，使脊髓功能得到改善。伤后8小时内给药，脊髓功能恢复最明显，伤后24小时内给药仍有治疗意义。②胃肠动力药物：西沙必利能改善脊髓损伤病人的结肠和肛门直肠功能障碍，促进排便。

脊髓疾病

(3) 康复治疗 ①心理康复治疗：脊髓压迫解除至脊髓功能恢复往往需要较长时间,甚至不能完全恢复,病人可能出现抑郁,也可能出现烦躁易激惹。医护人员应告知病人脊髓功能恢复的程序,帮助其树立信心,积极配合治疗,必要时加用抗焦虑抑郁药物。②脊髓功能的康复治疗：康复治疗的目的,是通过对病人功能的重新训练及重建,促进中枢神经系统的代偿功能,从而使病人恢复步行,恢复大、小便功能,以及恢复生活自理能力,重返工作岗位。包括按摩、被动运动、主动运动、坐起锻炼等功能训练。重点是训练单个肌肉的动作,降低痉挛状态,减轻由于不活动、肌肉紧张或肩关节半脱位等所致的疼痛,进行站立、行走及日常生活动作训练;日常生活活动锻炼着重训练健手代替患手或单手的操作技巧,目的是达到生活自理或半自理。

(4) 防治并发症及对症支持治疗 ①预防感染：主要是预防呼吸道感染、泌尿系统感染以及深静脉血栓。定时翻身拍背,促进排痰,对于尿潴留及尿失禁的病人,一定要加强护理,预防泌尿系统感染。②预防褥疮：长期卧床病人要避免软组织长期受压,特别是骶部、臀外侧和内外踝部、每2小时翻身一次,压迫处皮肤擦30%~50%的酒精并局部按摩。如有皮肤发红或破溃,即用软圈垫,还可用红外线灯照射。③预防关节挛缩：注意纠正卧位姿势,不得压迫患侧肢体,肢体关节应保持功能位置,给患肢各关节做简单的被动运动。

66.视神经脊髓炎的病因、临床表现是什么？能治愈吗？

视神经脊髓炎（NMO）是视神经与脊髓同时或相继受累的急性或亚急性脱髓鞘病变。其临床特征为急性或亚急性起病的单眼或双眼失明，在其前或其后数日，或数周伴发横贯性或上升性脊髓炎，后来本病被称为Devic病或Devic综合征。

目前该病病因不明。长期以来认为视神经脊髓炎是多发性硬化的一种亚临床型，白种人具有多发性硬化的种族易感性，以脑干病损为主；非白种人具有视神经脊髓炎易感性，常见视神经及脊髓损害，可能与遗传素质与种族差异有关。

急性多发性硬化偶表现为视神经与脊髓共同受累，约25%多发性硬化初始症状为突发球后视神经炎，视神经脊髓炎与多发性硬化的关系有待阐明。

视神经脊髓炎是免疫性特异性病毒感染继发视神经功能障碍，它是以脱髓鞘疾病合并脑干周围神经损伤导致视力障碍而得名。其脱髓鞘治疗不当则继发病灶缺血变性，发生病灶多发性硬化，治疗恢复更为困难。该病是急性或亚急性发作、慢性损害神经中枢的疾病，反复的复发和迟发神经再度受损会导致神经白质受损，发病严重时可侵犯脊髓前角细胞和脑干神经核以及大脑运动皮质锥体细胞，危及生命。

67.什么是脊髓休克？都有哪些表现？能恢复吗？

脊髓休克也称脊休克。当脊髓与高位中枢断离时，脊髓暂时丧失反射活动的能力而进入无反应状态的现象称为脊髓休克。常见于急性脊髓炎、脊髓出血和脊髓外伤。脊髓休克时，横断面以下节段脊髓支配的骨骼肌紧张性降低或消失、外周血管扩张、血压下降、发汗反射消失、膀胱内尿充盈、直肠内粪积聚，表明躯体及内脏反射减退或消失。脊髓休克为一种暂时现象，以后各种反射可逐渐恢复。恢复的时间快慢与动物种类进化程度有密切关系。低等动物如蛙类在脊髓离断后数分钟内反射即可恢复，在犬则需数天，猴需数周，而在人类由于外伤等原因所出现的脊髓休克的恢复则需要数周以至数月。各种反射的恢复时间也不相同，如屈肌反射、腱反射等较简单的反射恢复最早，然后才是对侧伸肌反射、搔爬反射等较复杂的反射恢复，以及排尿、排粪反射部分恢复。脊髓休克的产生并不是由于横切刺激本身引起的，因为第二次切断脊髓并不能使脊髓休克重新出现。所以，脊髓休克产生的原因乃是由于断离的脊髓节段失去高级中枢的调节性影响，特别是来自大脑皮层、前庭核和脑干网状结构的易化性影响。在正常情况下，这些部分通过其下行的纤维与脊髓神经元所构成的突触联系，使这些脊髓神经元保持一种阈下的兴奋状态，这可称为易化作用。由于横断脊髓，失去此种易化性影响，脊髓神经元兴奋性暂时地降低就表现为脊髓休克。

68.什么是马尾神经及马尾综合征？

在脊髓圆锥以下由腰2至腰5、骶1至骶5及尾节发出的共10对神经根组成，由于其像马尾，故得名。

马尾综合征：该综合征是由于在圆锥旁或圆锥以下向其出孔走行的腰和骶神经根受累，大多由于肿瘤（例如室管膜瘤、脂肪瘤）引起。最初在坐骨神经分布区出现剧烈的、自发的根性痛，呈灼烧样，放射至会阴部及臀部；严重的膀胱痛，咳嗽或喷嚏时可诱发疼痛或使其加重，随后出现腰4以下不同程度的根性分布的感觉障碍，所有感觉均受累。如果病变累及马尾上部，则在小腿和马鞍区出现感觉障碍，可进一步出现下肢的迟缓性瘫痪、足下垂、肌萎缩和反射消失，此外还可出现膀胱和直肠失禁以及性功能障碍。如果病变位置更向下（骶3到骶5），则感觉障碍只限于马鞍区，不出现下肢瘫痪，但有排尿、大便和性功能障碍。

69.脊髓半切综合征是什么？

脊髓半切综合征指由于外部的压迫和脊髓内部的病变等原因引起的脊髓病损，导致病变平面以下同侧肢体上运动神经元瘫（即瘫痪肌肉张力增高、腱反射亢进、浅反射消失、出现病理反射、瘫痪肌肉不萎缩），深感觉消失，精细触觉障碍，血管舒缩功能障碍，对侧肢体痛、温觉消失，双侧触觉保留的临床综合征，主要发生于颈椎。由此引起的运动障碍可影响病人行走，感觉障碍则使病人容易损伤，尤其是皮肤感觉障碍可导致皮肤烫伤等损伤，严重影响病人日常生活，造成病人残疾。

70.亚急性联合变性如何治疗？

脊髓亚急性联合变性是由于维生素B₁₂的摄入、吸收、结合、转运或代谢障碍导致体内其含量不足而引起的中枢和周围神经系统变性的疾病。病变主要累及脊髓后索、侧索及周围神经等，临床表现为双下肢深感觉缺失、感觉性共济失调、音叉震动觉及关节位置觉消失，走路不稳，基底增宽，如踩棉花感，闭目难立征阳性，双下肢痉挛性瘫痪，肌张力增高，腱反射亢进，病理征阳性及周围性神经病变，末梢型感觉障碍呈手套、袜套样分布，且常伴有贫血的临床征象。晚期可发生屈性截瘫，伴括约肌障碍。有些病人可出现精神症状，走路不稳，智能减退或痴呆。

当病人被诊断为亚急性联合变性，需要及时治疗，严重者不经治疗，病情会持续加重，甚至死亡。根据病因治疗，纠正或治疗导致维生素B₁₂缺乏的原发病因和疾病，如纠正营养不良，改善膳食结构，给予富含B族维生素的食物，如粗粮、蔬菜和动物肝脏，并应戒酒，治疗肠炎、胃炎等导致吸收障碍的疾病。经充分治疗后，贫血症状一般在数天或数周内明显改善，神经系统功能的改善较为缓慢，一般2个月可见有提高。治疗时采用维生素B₁₂肌内注射，部分病人须终身用药。不能耐受肌注者，可口服用药。此外，需加强营养补充维生素B₁、维生素B₆、维生素C，贫血者加用铁剂及其他神经营养药。除药物治疗外，对受累肢体应加强功能锻炼，进行理疗和康复治疗，对易感病人应及时消除易患因素或进行预防性治疗。早期进行治疗者，神经症状大多恢复。在发病3个月内进行充分治疗，常可获得完全

恢复，病程后期则疗效甚差，肢体瘫痪已逾两年者疗效较差。该病的早期诊断、早期治疗对预后极为重要。

71.得了脊髓空洞症会有哪些严重的影响与不适？

脊髓空洞症是一种缓慢进行性脊髓变性疾病。最具特点的是在MRI影像上可显示出脊髓长条形空洞。该病会导致人体肢体瘫痪、肌肉萎缩、感觉障碍及营养障碍。所以患上此病要及时治疗。但有很多人对脊髓空洞症不是太了解，患上此病后慌张而不知所措，盲目治疗导致病情加重。所以一定要到正规医院进行诊断及治疗。脊髓空洞症起病隐匿，进展缓慢，病程长，多于20~30岁发病，男女比例3：1。常常表现为病损节段支配区皮肤出现一侧或两侧节段性分离性感觉障碍，即痛、温觉缺失，触觉保存。

72.何为脊髓损伤？

脊髓损伤可分为原发性脊髓损伤与继发性脊髓损伤。前者指外力直接或间接作用于脊髓所造成的损伤。后者是指外力所造成的脊髓水肿、椎管内小血管出血形成血肿、压缩性骨折以及破碎的椎间盘组织等形成脊髓压迫所造成的脊髓的进一步损害。

73.得了脊髓损伤该如何预防保健？

（1）日常生活饮食 以高纤维、低脂肪、低油、低胆固醇饮食为主。

（2）饮食摄取上应避免高热量食物，如油炸、肥肉、甜点、蛋糕、冰淇淋或汽水、红茶饮料等。

（3）煮食烹调时应避免使用猪油，另外应减少蛋黄、内脏类、过量的海鲜等高胆固醇食物，而应增加的是高纤维类食物，如蔬菜、谷类、水果，与足够水分。

（4）摄取足量蛋白质，并可多摄取一些以强化身体细胞抵抗自由基，如维生素A、维生素C、维生素E、矿物质硒等，以达到能同时控制体重及维持长期康复治疗所需的能量消耗。

（5）褥疮是急性期最常见的并发症之一，每2小时翻身一次，即使半夜也要记得定时翻身。翻身时要注意不要擦破皮，且要顾虑到脊椎的稳定度。

（6）应注意防寒防感冒，否则可引起诸多并发症，冬季阳光充足时可晒太阳，春季不要过早更换轻薄衣物。

（7）另外还要避免劳累及情绪激动。

（8）适当进行锻炼，增强机体免疫力。脊髓损伤并非不治之症，但治疗的关键是要做到早发现、早治疗，并选择正确的治疗方法才可以尽可能地减轻疾病给病人带来的痛苦。

医生叮嘱

脊髓炎是脊髓病变中较常见的一类疾病，多发生在感染后，起病急骤。部分病人起病后，瘫痪和感觉障碍的水平不断上升，甚至波及上颈髓，危及呼吸甚至生命。有的病程漫长且难治，不仅影响着患者的健康，严重折磨着病人的身心，而且给病人的家人带来了极大的痛苦。对于脊髓炎这种疾病一定要早期发现，及时入院就诊，并选择正确的治疗方法，注意预防合并症，坚持康复训练，才能达到良好的治疗效果。

74.为什么脊髓损伤会有明显的束带感？

有些脊髓损伤的病人常常会有这样的症状：自诉感觉腰腹部好像被绳子捆住了一样，呼吸也受到压迫，腹部用力时总感觉有反作用力与自身对抗，全身紧绷，好像肉都板结了一样。出现这种症状主要是由脊髓神经的解剖走行特点所决定的。脊髓后角损害后会产生节段性分离性感觉障碍（即同侧痛温觉障碍，而深感觉及部分触觉仍保留），因为深感觉和精细触觉纤维不经后角而直接进入后索，病变若累及双侧后角，就会出现明显束带感。

中枢神经系统感染性疾病

典型表现

脑膜疾病病种较多，表现各异，包括炎症、肿瘤和外伤。脑膜感染性疾病的种类繁多，病因复杂，病情发展变化迅速，且症状多样。

本章问题由**白润爱 郭玉文 王圆圆** 医生回答

75.脑膜疾病分为哪几种类型？

脑膜疾病可分为三类。

（1）炎症 主要是脑膜发生感染性疾病，主要侵犯软脑膜。此病通常伴有细菌或病毒感染身体任何一部分的并发症，比如耳部、鼻窦或上呼吸道感染。病原体可以为细菌、病毒、真菌、螺旋体、寄生虫等。①细菌性脑膜炎是一种特别严重的疾病，需及时治疗。如果治疗不及时，可能会在数小时内死亡或造成永久性的脑损伤。②病毒性脑膜炎则比较严重，但大多数人能完全恢复，少数遗留后遗症。可由几种病毒引起，包括几种与腹泻有关的病毒，其中之一可能是被大田鼠等咬后感染。③结核性脑膜炎是由结核分枝杆菌引起的脑膜非化脓性炎症，约占全身性结核病的6%。近年来，结核性脑膜炎的发病率及死亡率都有增高的趋势。早期诊断和治疗可提高疗效，降低死亡率。④隐球菌性脑膜炎可由真菌引起。⑤急性化脓性脑膜炎致病菌类型随病人的年龄而异。在青少年病人中以脑膜炎双球菌感染为主。⑥流感杆菌脑膜炎多见于3岁以下的婴幼儿。

中枢神经系统感染性疾病

(2) 肿瘤 脑膜瘤分为颅内脑膜瘤和异位脑膜瘤，前者由颅内蛛网膜细胞形成，后者指无脑膜覆盖的组织器官发生的脑膜瘤。好发部位有头皮、颅骨、眼眶、鼻窦、三叉神经半月节、硬脑膜外层等。

(3) 外伤 外伤后损伤脑膜一般可引起外伤性脑膜炎，其多见于开放性颅脑损伤、火器伤及颅底骨折病人。

76.为什么有的脑炎治疗需要使用激素，有何注意事项？

对于有的脑炎，可在有效的抗感染的基础上予以激素治疗，以防止组织的破坏、减少渗出、减轻感染及中毒症状。例如在有效抗结核基础上，予以激素治疗。但是在应用激素时会引起一些副作用，例如消化道溃疡、电解质紊乱、骨质疏松、血糖升高等，需在医生的建议下使用激素及对抗激素副作用的药物。

77.什么是脑炎？如何确诊脑炎的疾病？

脑炎是指由病毒、细菌、真菌、螺旋体、寄生虫等多种致病原侵袭脑实质所引起的一组炎性疾病的总称。常不同程度地侵犯脑实质和脑膜，临床上往往把以脑实质受损为主者称为脑炎，以脑膜受损为主者称为脑膜炎，脑实质和脑膜同时受损时则称为脑膜脑炎，如脑炎同时伴有脊髓炎者称为脑脊髓炎。就炎性病变的部位而言，炎症主要位于大脑灰质者称为脑灰质炎，主要位

中枢神经系统感染性疾病

于大脑白质者称为脑白质炎。

脑炎可以发病于不同性别和年龄，多为急性或亚急性。临床上以高热、头痛、呕吐、昏迷、惊厥等症状为其特征，大多伴有脑脊液成分的改变。

脑炎的临床诊断主要依靠流行病学资料、临床表现和实验室检查的综合分析，确诊有赖于血清学和病原学检查。

78.脑炎病人为什么要做MRI检查？

头颅MRI较CT能发现更多病灶，其病灶多不增强，FLAIR技术可以更清晰地发现病灶，其中单纯疱疹病毒性脑炎的MRI更有其特征性表现。故头颅MRI有助于病毒性脑炎的早期诊断。

79.脑炎难治吗？治疗后会留下后遗症吗？会复发吗？

轻型脑炎容易治疗，重型脑炎相对难治。感染轻、病程短、机体免疫功能强容易治疗，感染重、病程长、机体免疫功能弱难治疗。病毒性脑炎相对细菌性脑炎、结核性脑炎容易治疗。病毒性脑炎的治疗一般是数周到数月。脑炎严重程度和病原体的侵袭力、毒力、数量、变异性，个体的免疫力，还有脑干的受压程度等相关。

脑炎预后取决于疾病的严重程度和治疗是否及时。如未经合理及时的治疗，病情严重则预后不良，多数病人可治愈，但仍有少数病人会留下不同程度的后遗

中枢神经系统感染性疾病

症，如不同程度的瘫痪、智力下降、癫痫、脑积水等后遗症。脑炎后遗症多数是可以恢复的，预后还和病毒的分类有关系。病毒性脑炎的预后与病变的范围和病情的轻重有关。脑部病变较局限且未侵犯“生命中枢”，病情较轻时，其预后往往良好。如昏迷持续时间较长，或有频繁惊厥时，脑部缺氧及病理变化加重，预后多较差，容易留有神经、精神的后遗症。

脑炎一般经过合理治疗很少会复发，但当免疫力低下时可能会再次感染，出现脑炎症状。应注意预防再次感染，注意休息，加强营养，进食高蛋白质、高维生素饮食。护理注意保持呼吸道通畅，对高热者应作物理降温，保持水、电解质及酸碱平衡。

80.结核性脑膜炎病人为什么要做腰椎穿刺术检查？

腰椎穿刺术常用于检查脑脊液的性质，对诊断脑膜炎、脑炎、脑血管病变、脑瘤等神经系统疾病有重要意义。也可测定颅内压力和了解蛛网膜下腔是否阻塞等，有时也用于鞘内注射药物。禁忌证有颅内压升高、病人处于休克、衰竭、濒危状态以及局部皮肤有炎症、颅后窝有占位性病变。只要掌握好适应证，腰椎穿刺术危险非常小，不应惧怕。特别是结核性脑膜炎的早期诊断显得格外重要。问题是早期诊断并不容易。作为病人，遇有午后低热、头痛、呕吐、尿潴留等不适时要尽早去医院看病，尤其当医生提出要做腰椎穿刺取脑脊液检查时，千万不要拒绝，因为检查脑脊液是诊断此病的唯一重要手段，其意义有时超过CT及MRI。且腰穿检查不是抽

中枢神经系统感染性疾病

骨髓,病人家属不应该拒绝。

81.结核性脑膜炎的治疗与预后如何?

结核性脑膜炎,是由结核分枝杆菌所引起的一种弥漫性非化脓性软脑膜和脑蛛网膜炎性疾病,也可侵及脑实质和脑血管。多因肺、泌尿系、消化道或其他脏器结核病灶的结核分枝杆菌经血运播散感染所致,故可认为是全身粟粒性结核的一种局部表现。少数病人也可因脑内结核结节、结核瘤或脊椎结核的干酪样病灶破溃,大量结核分枝杆菌进入蛛网膜下腔而形成广泛的脑膜感染所致。多呈亚急性病程,青少年和儿童较为多见。临床早期表现为低温、头痛、精神不振、乏力、盗汗、食欲减退和体重下降等全身中毒症状。病情进展则可出现头痛加剧、呕吐和视神经乳头水肿等颅内压增高征象。少数病例可有抽搐,严重者有意识障碍。结核性脑膜炎是可治之症,因为抗结核药异烟肼、吡嗪酰胺等都能很好地透过血脑屏障,再联合使用链霉素、乙胺丁醇等,一般都能取得满意的效果,但用量要比治疗肺结核的大,疗程也长,大约需两年的时间,过早停药易复发。病人务必在医生的指导下,密切配合、坚持用药以完全治疗。

82.结核性脑膜炎会传染吗?

结核性脑膜炎不属于传染病。它是一个封闭的脑脊液循环系统类的疾病,不可能把结核分枝杆菌播散到外界,所以不会传染。

83.化脓性脑膜炎的临床表现是什么？

化脓性脑膜炎是指化脓性致病菌侵入颅内后引起的脑膜的炎性病变，常与化脓性脑炎或脑脓肿并存。常见的致病菌有脑膜炎双球菌、肺炎链球菌、流感嗜血杆菌，金黄色葡萄球菌、大肠杆菌、变形杆菌和铜绿假单胞菌等较少见。病前常有全身或局部感染史，如耳、鼻、喉感染，肺部感染和皮肤化脓感染的病史，或有头部外伤、手术、腰穿史，或有与流脑病人接触史。多为急性或暴发性起病。具体表现有：

（1）急性感染、中毒症状 如高热、畏寒和全身不适，部分病人可有谵妄和精神错乱。

（2）颅内压增高症状 常早期出现，表现为头痛、呕吐、视物模糊、脉缓和血压升高，严重者可有意识浑浊、昏睡，甚至昏迷和痉挛发作，如病情进一步加重常可导致脑疝形成。

（3）脑膜刺激征症状 由于神经根受炎性刺激所致，可出现头后仰，颈强直和活动受限，枕、颈部头痛，克尼格征和布鲁津斯基征阳性等体征。

（4）多发性颅神经麻痹 由于脓性分泌物大量沉积于脑底部致多条颅神经受损，如动眼、滑车、外展神经麻痹可引起复视和眼球运动受限，位听神经受损可引起耳鸣、耳聋及平衡障碍，也可出现面神经等其他颅神经瘫痪征象。

（5）脑底血管炎性血栓形成 可导致脑梗死引起偏瘫、偏身感觉障碍、偏盲和失语等症状。

（6）皮肤、黏膜症状 脑膜炎链球菌、葡萄球

中枢神经系统感染性疾病

菌、肺炎链球菌可出现皮疹，皮肤黏膜瘀点、瘀斑和紫癜等，其中紫癜多为化脓性的，尤以脑膜炎链球菌感染更为常见。

84.什么是新型隐球菌性脑膜炎？

隐球菌性脑膜炎是由新型隐球菌感染所引起的亚急性或慢性脑膜炎。新型隐球菌在自然界分布广泛，大多从呼吸道吸入，形成肺部病源，经血流播散于全身各器官，30%~50%的该病病人有较严重的全身性疾病。本病治疗较为困难，死亡率较高（20%~30%），治疗成功与否与是否是早期治疗、药物对隐球菌的敏感性、病人对药物的耐受性等因素有关。临床表现有：

（1）亚急性起病，病初可表现为轻度间歇性头痛，此后头痛逐渐呈爆裂样剧痛，常伴有恶心、喷射状呕吐。

（2）多数病人有发热、精神异常，病程长者有明显消瘦、虚弱等，少数病人有抽搐。

（3）1/3的病人有意识障碍，表现为嗜睡、谵妄、昏迷等。

（4）大多数病人脑膜刺激征明显阳性，部分病人病理征阳性。

（5）常有多颅神经受损的表现，如视力减退、视物重影、眼球活动障碍等。

（6）部分病人有肢体瘫痪，少数病人有脑疝形成最后死亡。脑脊液检查压力明显增高，除以上所见外，脑脊液涂片隐球菌阳性率高达85%。

85.新型隐球菌性脑膜炎如何治疗？

（1）抗真菌治疗 抗真菌药物均有一定的副作用，故应在医生指导下选用，常用的有两性霉素联同氟康唑或5-氟胞嘧啶等。疗程一般3~6个月。

（2）对症及全身支持治疗 颅内压增高者可用脱水剂，并注意防治脑疝；有脑积水者可行侧脑室分流减压术，并应注意水电解质平衡。因本病病程较长，病情重，机体慢性消耗很大，故应注意病人的全身营养、全面护理、防治肺部感染及泌尿系统感染等。

86.脑膜炎有什么并发症？

（1）硬膜下积液 多见于婴儿，是由于血管壁通透性增加和血浆蛋白渗出所致。

（2）硬膜下脓肿 常见于成年人，可出现癫痫发作和颅内压增高征象，脑CT或MRI检查可助诊断。

（3）脑脓肿 感染细菌可沿脑实质的血管周围腔隙蔓延至脑实质而形成多发性脑脓肿。

（4）脑梗死或颅内静脉血栓形成 炎症波及血管时导致血管内膜炎，形成血栓，而引发偏瘫等脑梗死。

（5）室管膜炎 细菌可经血运、脉络丛或脑脊液扩散至脑室而导致脑室炎，多见于幼儿，表现为正规抗感染治疗1个月后仍有发热，颅内压明显增高，脑脊液白细胞增高，蛋白高和糖低，培养或涂片查到病原菌，影像学检查可显示脑室扩大和脑室周围密度或信号异常等。

中枢神经系统感染性疾病

(6) 脑积水 浓性渗出物最后可导致蛛网膜广泛粘连和脑脊液吸收受阻，而引起交通性脑积水，如第四脑室的中孔和侧孔粘连、闭塞，可引起梗阻性脑积水，CT等影像学检查可助诊断。

(7) 颅神经受损麻痹 如耳聋、视力障碍、斜视、面神经瘫痪等。脑底脉管炎致管腔阻塞，引起相应部位缺血和梗死。

87.如何治疗脑膜炎？

(1) 控制感染 肾上腺皮质激素具有抗炎、抗休克和抗脑水肿作用。急性期可减少炎症渗出物，恢复期可有抗蛛网膜粘连作用。急性期的日剂量为地塞米松20毫克静滴，激素必须在应用强力抗生素的基础上使用。

(2) 对症治疗 对颅内压明显增高者，可加用强力脱水剂以降低颅内压；治疗颅内并发症；治疗原发病；用神经细胞代谢活化剂；康复治疗。另外，应指导病人建立良好的生活习惯（多休息、不熬夜）、经常洗手、多吃蔬果类、吃煮熟的食物、多运动以增强免疫力。

88.如何预防脑膜炎？

注射正规的疫苗预防脑膜炎：

(1) B型流行性感胃杆菌疫苗。适合对象为5岁以下的儿童。

(2) 肺炎链球菌疫苗。脑膜炎是一个必须相当谨慎面对的感染症，因诊断的延迟会耽误病人的生机。所

中枢神经系统感染性疾病

以当你怀疑家人有类似脑膜炎的症状时，应立刻寻求正确的治疗及照顾。我们期望有更多更新的检验方式协助医师能在最短时间内确立诊断。另一方面，毒性低、效益更好的抗生素也是目前研究的方向。

89.单纯疱疹病毒性脑炎该怎么诊断？

单纯疱疹病毒性脑炎是由单纯疱疹病毒感染引起的一种急性中枢神经系统感染性疾病，又称急性坏死性脑炎，是中枢神经系统中最常见的病毒感染性疾病。由于单纯疱疹病毒性脑炎病情凶险，进展迅速，而同时有有效的抗病毒药物以应用于临床，所以早期准确的诊断非常重要。其诊断依据为：

（1）口唇或生殖道疱疹史，或本次发病有皮肤、黏膜疱疹。

（2）起病急，病情重，有发热、咳嗽等上呼吸道感染的前驱症状。

（3）明显精神行为异常、抽搐、意识障碍及早期出现的局灶性神经系统损害体征。

（4）脑脊液红、白细胞数增多（ $WBC \geq 5 \times 10^6/L$ ），糖和氯化物正常。

（5）脑电图以颞、额区损害为主的脑弥漫性异常。

（6）头颅CT（计算机×射线断层扫描）或MRI（磁共振成像）发现颞叶局灶性出血性脑软化灶。

（7）特异性抗病毒药物治疗有效可间接支持诊断。

90.巨细胞病毒性脑炎的诊断依据是什么？

巨细胞病毒性脑炎是指由巨细胞病毒感染引起的中枢神经系统感染性疾病，临床表现主要为弥漫性脑功能障碍，如注意力和认知力下降，精神和行为异常，有时可伴有癫痫发作和轻偏瘫。原有细胞免疫功能低下的病人发生巨细胞病毒性脑炎时，可出现持续高热、脉络膜视网膜炎，若合并细菌或真菌感染，则预后差。

91.什么是流行性乙型脑炎？乙型脑炎是流行病吗，通过什么传播的？

流行性乙型脑炎，简称乙脑，是由乙脑病毒引起、由蚊虫传播的一种急性传染病。乙脑的病死率和致残率高，是威胁人群，特别是儿童健康的主要传染病之一。夏秋季为发病高峰季节，流行地区分布与媒介蚊虫分布密切相关，乙脑主要通过蚊虫叮咬而传播，其中三带喙库蚊是主要传播媒介。

92.为什么小孩子易患乙型脑炎？

人群对乙脑病毒普遍易感，感染后多数呈隐性感染，感染后可获得持久免疫力。病例主要集中在10岁以下的儿童中，以2~6岁组发病率最高，大多数成人因隐性感染而获得持久免疫力，婴儿可从母体获得抗体而具有保护作用。由于幼儿相对好动，代谢旺盛，产生的乳酸等代谢物相对也较多，对蚊子的吸引力和诱惑力

中枢神经系统感染性疾病

更强。孩子的皮肤柔嫩，对温度更敏感，这也容易吸引蚊子。近年来由于儿童和青少年广泛接种疫苗，成人和老年人的发病率则相对增加。

93.感冒和乙型脑炎怎么鉴别？

乙脑经蚊媒介传播，发生于夏秋季节。初起症状与感冒相似，自第4~10天，出现高热、抽风、嗜睡、昏迷、浅反射消失、肌张力增强、肢体痉挛、脑膜刺激症状及锥体束症状。这些特征性症状一旦出现，与感冒鉴别并不困难。须根据流行季节特点，提高警惕。

94.流行性乙型脑炎的治疗及预后？

（1）抗病毒治疗 在疾病早期可试用广谱抗病毒药物（病毒唑或干扰素）治疗，但疗效尚缺乏循证医学支持。

（2）肾上腺皮质激素及其他治疗 肾上腺皮质激素有抗炎、退热、降低毛细血管通透性、保护血脑屏障、减轻脑水肿、抑制免疫复合物的形成、保护细胞溶酶体膜等作用，对重症和早期确诊的病人即可应用。待体温降至38℃以下，持续2天即可逐渐减量，一般不宜超过5~7天。过早停药症状可有反复，如使用时间过长，则易产生并发症。

（3）后遗症和康复治疗 康复治疗的重点在于智力、吞咽、语言和肢体功能等的锻炼，可采用理疗、体疗、中药、针灸、按摩、推拿等治疗，以促进恢复。

（4）其他 如抗乙脑病毒免疫血清或单克隆抗体，目前尚处于实验研究阶段。

中枢神经系统感染性疾病

流行性乙型脑炎病人的病死率在10%左右，轻型和普通型病人大多可恢复，暴发型和脑干型病人的病死率较高，多于极期因呼吸衰竭而死亡。

95.如何预防乙型脑炎？

（1）灭蚊、防蚊 要注意杀灭越冬的蚊子和早春的蚊子。

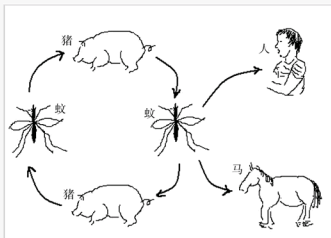
（2）做好对猪、马等牲畜的管理 做好家畜棚舍的环境卫生，降低动物圈带病毒率，从而保护易感人群。

（3）预防接种 及时注射乙脑疫苗，能提高易感者的免疫力，是预防这种病的最重要措施之一。

（4）药物预防 在乙脑流行季节，用大青叶、板蓝根、金银花各15克，水煎服，每日1剂，连服7天，也有一定的预防作用。

（5）强身健体 平时要注意增强孩子的体质，提高抗病能力。

（6）开展健康教育 普及乙脑的防病知识，要让大家都清楚地知道这种病的预防措施，及时发现病人，早隔离。



96.脑膜瘤的主要症状是什么？

脑膜瘤有良性、恶性之别，良性脑膜瘤生长慢，病程长，其出现早期症状平均为2~5年，长者可达6年之久。一般来讲，肿瘤平均年增长体积为3~6%，因肿瘤的膨胀性生长，病人往往以头痛和癫痫为首发症状。依肿瘤部位不同，可以出现突眼、视力、视野、嗅觉或听觉障碍及肢体运动障碍等。老年病人以癫痫为首发症状者多见。上矢状窦旁脑膜瘤运动障碍表现为从足部开始，渐至下肢，继而上肢肌力障碍，最后波及头面部，如肿瘤向两侧生长，可出现双侧肢体肌力弱并伴有排尿障碍，癫痫，颅内压增高症状等。颅内压力增高症状：头痛是最主要、最常见的症状，呈持续性剧烈头痛，一般镇痛药难于缓解，严重者伴有恶心、呕吐，甚至喷射状呕吐，多有视神经乳头水肿，少数出现外展神经麻痹和抽搐发作。脑膜受损征：明显的颈项强直。多条脑神经受损征：视神经根的癌细胞袖套，视神经的癌细胞浸润，视神经的脱髓鞘，长期视神经乳头水肿，枕叶视中

中枢神经系统感染性疾病

枢受损。脊神经根受损征：系因脊神经根受癌细胞浸润所致。其他症状：如焦虑、烦躁不安、情感异常、反应迟钝、幻觉、淡漠和智能障碍；晚期可有意识障碍，甚至昏迷。

97.脑膜瘤有哪些治疗方法？

治疗方法主要有手术、立体定向放射外科、栓塞疗法、放射治疗等。脑膜瘤是一种潜在可治愈性肿瘤，外科手术可治愈大多数脑膜瘤。影响手术类型的因素包括部位、术前颅神经损伤情况（后颅凹脑膜瘤）、血管结构、侵袭静脉窦和包裹动脉情况。如病人无症状且全部肿瘤切除有产生难以接受的功能丧失的危险，应选择部分切除。对大脑凸面的脑膜瘤，力争全切肿瘤并要切除受累硬膜以减少复发机会。蝶骨翼内侧、眶、矢状窦、脑室、脑桥小脑角、视神经鞘或斜坡的脑膜瘤可能难以完全切除。对海绵窦脑膜瘤，要考虑到有损伤颅神经和颈内动脉的风险，外科治疗要求高，一般采取伽玛刀治疗。手术能逆转大多数神经系统体征。在加强原发病的治疗和对症处理的基础上，可试行下述治疗：氨甲蝶呤，皮质类固醇。

脑膜瘤预后甚差，从发现神经症状到死亡时间不满3个月者占70%，存活1年以上者极少。原发于胃癌者倾向于短时间内死亡，原发于肺癌者存活时间稍长。

脑膜疾病病种较多，表现各异。如出现有关症状，应及早就医。脑部感染性疾病的种类繁多，病因复杂，病情发展变化迅速，且症状多样，需要到正规医院早日筛查病因，规范相应治疗，避免延误病情，造成中枢神经系统的不可逆性损伤。

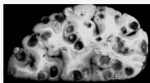
98.常见的脑寄生虫病有哪些？

脑寄生虫病是由寄生虫虫体、虫卵或幼虫侵入脑内引起过敏炎症、肉芽肿形成或脑血管阻塞的脑病。常见脑寄生虫病有：

（1）脑型疟疾 主要由恶性疟原虫感染引起，在我国，本病主要流行于广东、广西、云南、贵州、海南等地，多见于16岁以下青少年。四季均有，夏秋季多见。

（2）脑型血吸虫病 本病在日本血吸虫感染侵及中枢神经系统时出现。有疫水接触史，潜伏期多为感染后6个月左右。

（3）肺吸虫脑病 本病多见于我国东北三省，以及浙江、台湾、四川、云南、贵州和湖北诸



省，近在陕西、山西、河南等地亦发现少数病例。

（4）脑囊虫病 为国内脑部寄生虫中最常见者，其发病率颇高，约占囊虫病病人的80%以上，多见于我国西北、华北、东北和华东北部等地区。

（5）脑丝虫病 由丝虫的微丝蚴虫侵入脑内所致，在我国各地均有流行，但以南方多蚊区较多见，男性青壮年发病率较高。

（6）阿米巴脑病 阿米巴滋养体可经血行至人脑，在实质内形成多发性小化脓灶或脑脓肿。

（7）脑弓形虫病 由刚地弓形体原虫引起的脑部寄生虫病。

99.脑寄生虫病危害？

脑寄生虫病的危害主要取决于虫体的寄生位置、范围、数量，周围组织反应的改变，血液循环及脑脊液循环障碍的程度，常见症状有：

（1）脑膜炎症状 表现为剧烈头痛、呕吐、发热、意识障碍、颅压增高。

（2）精神症状 听、幻觉，牵连观念、妄想、自知力与判断力缺乏等。

（3）脑梗死 瘫痪、失语、运动及感觉障碍、小脑共济失调。

（4）其他 定向力障碍，大、小便失禁，昏睡或昏迷，甚至死亡。

100.脑囊虫病如何治疗？

（1）驱绦虫 如确诊有肠绦虫寄生者，应予以驱绦虫治疗，方法有：①槟榔、南瓜子：槟榔对绦虫的头节及前段，南瓜子对其中、后段有麻痹作用，故二者合用可提高疗效（可达90%）。其方法为南瓜子60~90克略炒熟，去皮取仁研粉，早晨空腹时一次顿服，2小时后继服槟榔煎剂一次（系将槟榔60~90克切成细片，加水500升煎至250毫升左右过滤，所得滤液即为成人的一次剂量），半小时后再加服50%的硫酸镁60毫升，一般在3小时后可见虫体排出。②灭绦灵：成人空腹口服2次，每次1克（间隔一小时）。2小时后再服50%硫酸镁60毫升。服后偶见头晕、胸闷和胃部不

中枢神经系统感染性疾病

适，多不久后自行消失。③安乐士：成人200毫克、小孩100毫克口服，2次/日，共3日。

（2）治囊虫 丙硫咪唑或吡喹酮（二者兼有驱绦虫功效），日剂量按15～20毫克/千克计算，前者分两次饭后服用，连服10天；后者分3次饭后服用，连服6天为一疗程，20天后再重复一疗程，如有需要3～6个月和12个月后再分别重复一疗程，以求彻底治愈。前者的毒副作用较轻；后者可引发颅内压增高等毒副反应，故现多不太被乐用。如病人对上述剂量不能耐受，可将剂量减量至1/2、1/3或1/4服用，必要时可加服适量强的松和利尿脱水剂等药物以减免之，同时还应加强其对症处理。孕妇忌用，严重肝、肾、心脏功能不全及活动性胃溃疡者慎用。

（3）手术治疗 对局限性癫痫发作严重而频繁，经系统的抗癫痫药物治疗无效者，可考虑开颅术摘除囊虫。如囊虫位于脑室内造成颅内压增高严重者，可开颅摘除囊虫或行其他减压术。

（4）对症处理 如加强抗癫痫（减免发作）、抗脑底脑膜炎、抗精神症状和降颅内压等治疗。抗癫痫药常用的有丙戊酸钠、苯妥英钠、卡马西平等可供选用，应在医生的指导下长期地服用，等癫痫发作完全停止且无任何发病感觉3～5年后可试行减、停服药，治疗中应同时注意以防治其不良反应为要。

101.患有弓形虫病的育龄妇女能否怀孕？

感染急性弓形虫病孕妇，有30%~46%能传给胎儿。受染胎儿的发育可受到不同程度的损害，多引起流产、死产或生下无生活能力儿、发育缺陷儿，或胚胎发育障碍。多不能生存，存活婴儿于出生时或数天后发病，可表现为抽搐、青紫、呕吐、拒奶、发热、皮疹、黄疸、肢体强直、淋巴结和肝大、脾大，头小畸形、无脑儿、眼球过小、白内障、肛门闭锁、兔唇、脑和脑脊膜膨出、脑积水、肢体和两性畸形，后渐出现智能发育异常、意识和运动障碍、颅神经麻痹、对称性脑钙化、脉络膜视网膜炎，甚至双目失明。如不积极治疗症状可不断加重，而于数天、数周内死亡。幸存者多遗留抽搐、智力低下、斜视、瘫痪、小脑性共济失调、脑神经麻痹和严重视力障碍等神经症状。母体受染传给胎儿，一般只传给一胎，但有例外，特别是抗体阳性效价高，提示有活动性感染的孕妇，可出现连续两胎致畸。因此患有弓形虫病的育龄妇女应在彻底治愈本病后妊娠。

102.脑疟原虫病病人相关辅助检查有哪些？

(1) 血常规 红细胞和血红蛋白在多次发作后下降；白细胞总数初发时可稍增，后正常或稍低，白细胞分类中单核细胞常增多。

(2) 疟原虫检查 多采用外周血或静脉血检查，

中枢神经系统感染性疾病

一旦发现疟原虫则可确诊疟疾。①血液涂片：外周血涂片是最敏感，特异性最高的检验方法，检查方法多采用薄、厚涂片法，厚血膜片有利于增加发现疟原虫的机会，薄血膜片则有利于分辨疟原虫的形态，这种检查方法是利用显微镜对外周血涂片上的感染红细胞进行计数。如果病人在感染疟原虫之前或感染同时曾进行抗疟治疗，那么他的血涂片开始可能为阴性。如果临床怀疑为疟疾感染，血涂片检查应反复进行。②骨髓涂片染色查疟原虫，阳性率较血片高。

(3) 血清学检查 抗疟抗体一般在感染后2~3周出现，4~8周达高峰，以后逐渐下降。

103.脑囊虫病为国内脑部寄生虫病中最常见者，其发病原因是什么？

脑囊虫病发病率高，为国内脑部寄生虫病中最常见者，约占囊虫病病人的80%以上。多见于我国西北、华北、东北地区。常因个人卫生习惯不良，饭前、便后不洗手，进食被自身或其他猪绦虫病病人由大便排出的猪绦虫虫卵所污染的水或食物，或因猪绦虫病人呕吐时，肠道脱落的自身绦虫成虫节片随胃肠的逆蠕动进入胃内，节片消化后释放出大量虫卵所致。虫卵中的幼虫在肠内孵出后钻入肠内血管和淋巴管内，经由血液循环而被带入全身各组织中发育成囊虫。尤以皮下组织、肌肉、口腔黏膜、眼、和脑部组织最为常见，脊髓少见。囊虫在脑内多分布在灰质或灰、白质交界处，脑室和脑室附近次之。在脑灰质内的囊虫周围可见炎性和炎性改变，而导致相应的脑功能障碍。若囊虫位于第3、第4

中枢神经系统感染性疾病

脑室或大脑导水管之中或其附近，将对脑脊液循环产生影响甚至引起脑积水或颅内压升高，若囊虫位于脑膜处可引起脑膜炎。

医生叮嘱

预防脑囊虫病，应禁食生肉，避免接触疫源，饭前、便后洗手，注意个人卫生，发现异常情况及时就医。

脑血管疾病

典型表现

脑血管疾病是发生在脑部血管因颅内血液循环障碍而造成脑组织损害的一组疾病。脑血管意外、卒中和中风都属于脑血管疾病。

本章问题由**白雅 郝军 朱浩** 医生回答

脑出血

104.什么是脑出血？脑出血都有哪些原因？

脑实质内血管破裂出血称为脑出血，又叫脑溢血。不包括外伤性脑出血，多发生于中老年人，男性多于女性。脑出血最主要原因是高血压，其次为血管因素、颅内肿瘤出血、血液因素。

105.脑出血会复发吗？

脑出血病人如果不控制好血压，是会复发的，应该注意监测和控制血压，定期到医院随访治疗，调整药物，注意情绪平稳，不要生气上火，治疗便秘和肺部炎症，不要劳累和剧烈活动。

106.应该如何预防脑出血？

预防脑出血跟天气的变化也有着密切的关系。天气变寒，人的皮肤血管收缩，造成心脑血管血量的剧增，心脏负荷增加，脑循环阻力增大，容易引起血压增高，因此，冬季是脑血管意外的高发期。患有高血压、心脑血管等慢性疾病的老人，冬季要特别提高警惕，预防脑血管意外的发生。

（1）生活要有规律 老人可以适当做一些力所能及的劳动，但不可过于劳累。

（2）控制高血压 要想理想地控制血压须注意许多方面：①血压控制在理想水平。②血压要控制平稳。③保持舒畅的心情。④限制盐的摄入量、减轻体重、降低血脂、适度运动、生物反馈疗法等，可以巩固和促进药物的降压作用。

（3）保持良好的心态 保持乐观情绪，避免过于激动。做到心境平静，减少烦恼，悲喜勿过，淡泊名利，知足常乐。

（4）注意饮食 饮食要注意低脂、低盐、低糖。少吃动物的脑、内脏，多吃蔬菜、水果、豆制品，配适量瘦肉、鱼、蛋品。

（5）预防便秘 大便燥结，排使用力，不但腹压升高，血压和颅内压也同时上升，极易使脆弱的小血管破裂而引发脑溢血。要预防便秘，多吃一些富含纤维的食物，如青菜、芹菜、韭菜及水果等。适当的运动及早晨起床前腹部自我保健按摩，或用适且的药物如麻仁丸、蜂蜜口服，开塞露、甘油外用，可有效防治便秘。

(6) 防止劳累 体力劳动和脑力劳动不要过于劳累，超负荷工作可诱发脑出血。

(7) 注意天气变化 冬天是脑中风好发季节，血管收缩，血压容易上升，要注意保暖，使身体适应气候变化。还要根据自己的健康状况，进行一些适宜的体育锻炼，如散步，做广播体操等，以促进血液循环。

(8) 经常动左手 日常生活中，尽多用左上肢及左下肢，尤其多用左手，可减轻大脑左半球的负担，又能锻炼大脑的右半球，以加强大脑右半球的协调功能。医学研究表明，脑溢血最容易发生在血管比较脆弱的右脑半球，所以防范脑出血的发生，最好的办法是在早晚时分，用左手转动两个健身球，帮助右脑半球的发达。

(9) 密切注意自己身体变化 中风会有一些先兆症状，如无诱因的剧烈头痛、头晕、晕厥，有的突感肢体麻木、乏力或一时性失视，语言交流困难等，应及时就医检查治疗。

107.出现哪些症状时要高度怀疑脑出血？

(1) 头痛头晕 头痛是脑出血的首发症状，常常位于出血一侧的头部，有颅内压力增高时，疼痛可以发展到整个头部。头晕常与头痛伴发，特别是在小脑和脑干出血时。

(2) 呕吐 大约一半的脑出血病人发生呕吐，可能与脑出血时颅内压增高、眩晕发作、脑膜受到血液刺激有关。

(3) 意识障碍 表现为嗜睡或昏迷，程度与脑出

脑血管疾病

血的部位、出血量和速度有关。脑较深部位的短时间内大量出血，大多会出现意识障碍。

（4）运动和语言障碍 运动障碍以偏瘫较为多见；言语障碍主要表现为失语和言语含糊不清。

（5）眼部症状 瞳孔不等大常发生于颅内压增高的脑出血病人，还可以有偏盲和眼球活动障碍，如脑出血病人在急性期常常两眼凝视大脑的出血侧。

108.怀疑脑出血时家属应当怎么做？

（1）保持镇静并立即将病人平卧。千万不要急着将病人送往医院，以免路途震荡使病情加重，可将其头偏向一侧，以防痰液、呕吐物吸入气管。

（2）迅速松解病人衣领和腰带，保持室内空气流通，天冷时注意保暖，天热时注意降温。

（3）如果病人昏迷并发出强烈鼾声，表示其舌根已经下坠，可用手帕或纱布包住病人舌头，轻轻向外拉出。

（4）可用冷毛巾覆盖病人头部，因血管在遇冷时收缩，可减少出血量。

（5）病人大、小便失禁时，应就地处理，不可随意移动病人身体，以防脑出血加重。

（6）在病人病情稳定送往医院途中，车辆应尽量平稳行驶，以减少颠簸震动；同时将病人头部稍稍抬高，与地面保持20度角，并随时注意病情变化。

蛛网膜下腔出血

109.蛛网膜下腔出血是一种什么病？

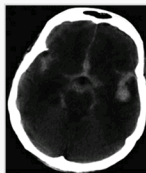
蛛网膜下腔出血是脑血管病的一种类型，分原发性和继发性两种。

原发性蛛网膜下腔出血是由于脑表面和脑底的血管破裂出血，血液直接流入蛛网膜下腔所致。而引起脑表面及脑底血管破裂出血的主要原因为颅内动脉瘤破裂，颅内动脉瘤破裂好发于脑底动脉环的大动脉分支处。打个比方，人的血管就像是河道，血管壁就像是河道的河床，血液就像是河水，当在河道的转弯地方河水反复冲刷河床，造成这部位置的河床变薄、稳定性降低，当河水把河床完全冲毁时河水流到河床以外，就会发洪水，淹没周围的农田及土地，造成洪灾。动脉瘤破裂引起的蛛网膜下腔出血的原理也基本一样，动脉瘤的形成可能是由动脉壁先天性肌层缺陷或后天获得性内弹力层变性或两者联合作用导致，或是后天生活中发展而来的，随着年龄增长，动脉壁的弹性逐渐减弱，在血流冲击等因素下向外突出形成动脉瘤。当动脉瘤瘤壁过薄或血压压力过大，造成动脉瘤破裂，血液流入脑表面和脑底，就形成蛛网膜下腔出血。

继发性蛛网膜下腔出血是由于脑实质或脑室出血、外伤性硬膜下或硬膜外出血流入蛛网膜下腔。继发性蛛网膜下腔出血不是由于脑表面或脑底血管破裂，而是由于其他原因如：脑出血、外伤性硬膜下或硬膜外出血，血液通过不完整的脑组织或硬脑膜，流入到蛛网膜下腔造成。

110.蛛网膜下腔出血和脑出血是一种病吗？

蛛网膜下腔出血和脑出血都属于脑血管疾病，但不是一种病。蛛网膜下腔出血指脑底部或脑表面的病变血管破裂，血液直接流入蛛网膜下腔引起的一种临床综合征，引起蛛网膜下腔出血的主要原因为颅内动脉瘤破裂。而脑出血是指在不受到外伤的情况下脑实质内血管破裂引起的出血，血液从破裂的血管流入到脑实质内，为我们俗称的脑溢血。脑出血的病人主要表现为一侧肢体活动不灵，如一侧上肢不能抬过头顶或不能活动，一侧手持物体无力，走路时下肢抬起费力或走路时脚拖地，大部分左侧大脑半球出血病人会出现说话说不清，别人不能听懂病人讲话内容，有的病人还会出现不能理解其他人说话内容。如脑出血出血量较大，则病人出现意识不清，甚至昏迷，严重时危及生命。





111.当出现什么症状时要考虑蛛网膜下腔出血？

蛛网膜下腔出血首要的表现为头痛，病人常能清楚地描述头痛发生的时间和情景。发病前多有明显诱因，如剧烈运动、情绪激动、用力排便、咳嗽、饮酒等。表现为剧烈活动中或活动后出现爆裂性局限性或全头部剧痛，头痛程度十分剧烈，难以忍受，约半数蛛网膜下腔出血病人叙述此种疾病引起的头痛为一生经历的最剧烈的头痛，头痛一般呈持续性或持续进行性加重，有时颈部也可出现疼痛。且这种头痛，口服止痛药物一般不能缓解，主要原因为血液成分及血细胞分解的物质对蛛网膜下腔痛觉敏感组织的刺激。其次表现为呕吐，呕吐较为频繁，呕吐物一般为胃内容物及胃液，一般无呕吐鲜血症状，呕吐一般与头痛伴随出现，或出现在头痛之后。第三表现为烦躁不安，意识障碍，抽搐，甚至昏迷，一般为病情比较重的病人出现。而另有一部分病人表现为动眼神经麻痹，主要表现为眼球不能向内侧、上侧及下侧转动、说话说不清楚、一侧肢体活动较对侧肢体差，甚至完全不能活动、感觉障碍等，甚至出现精神症状，如欣快、谵妄、幻觉等。普通人能够辨认的主要异常体

脑血管疾病

征为脑膜刺激症中的颈项强直，如用手托住病人的后脑部，屈曲颈部使病人的下颌向前胸靠近，蛛网膜下腔出血病人下颌不能向前胸靠近或颈部僵硬，完全不能屈曲。

112.当遇到这种症状的病人，我们应该怎么办？

当有人出现剧烈的头痛、频繁的呕吐，甚至出现烦躁不安、抽搐、意识障碍，检查病人时发现病人颈部僵硬，要考虑到蛛网膜下腔出血这种病。首先尽量让病人保持头高侧卧位，避免舌根后坠阻碍通气，避免活动或情绪激动，如有呕吐的病人需要把头偏向一侧，及时清理口中呕吐物，以防止呕吐物吸入到肺内。然后拨打120呼叫救护车，选就近有条件的医疗单位，转运前可给予镇静、止痛药，并绝对卧床休息，运送过程中尽量避免震动，到达医院后应行头颅CT及其他相关检查。如确诊为蛛网膜下腔出血，则需要到能够治疗该病的医院进行住院治疗，如果蛛网膜下腔出血不能得到正确的治疗，病人可出现再出血、脑血管痉挛、脑积水等并发症。蛛网膜下腔出血或出现的各种并发症，会严重威胁病人的生命，甚至造成病人的死亡。但随着医学科学的不断发展，目前蛛网膜下腔出血病人可行CT血管成像或脑血管造影检查，清晰地了解颅脑血管的状态，积极查找蛛网膜下腔出血的原因。如行CT血管成像或脑血管造影检查，确定为动脉瘤引起的病人蛛网膜下腔出血，可行介入性手术或外科手术治疗，去除颅内动脉瘤等引起蛛网膜下腔出血的病因，达到根治本病的目的。

脑梗死

113.脑梗死病人需要注意什么？

(1) 提高病人生存质量、降低高复发率是最有效的措施。脑梗死病人在防治与预防时要注意：

①降压过度是诱发脑梗死的重要原因，因此，要注意正确应用降压药。用药过程中要坚持定期测量血压，调节剂量，切不可自己随便加大剂量。同时也要注意对血糖、血脂等易患因素的控制。

②由于脱水可使血液黏稠度增高，因而，各种原因导致的脱水，都可以诱发脑梗死复发，病人及其家属应对此提高警惕，若出现脱水倾向应及早治疗。

③脑梗死的病理基础是脑动脉粥样硬化，所以，不能中断稳定斑块、抗血小板聚集类药物的治疗。

④劳累过度或休息不好易引起血压波动或血液动力学发生改变，易引起脑梗死的形成。

⑤烟中的尼古丁可损害血管内膜，并能引起小血管收缩，管腔变窄，因而容易形成血栓，所以病人要戒烟。

⑥情绪恶劣，尤其是暴怒或长期忧郁、焦虑，可引起血管神经调节失常，或导致脑血管收缩，是诱发脑梗死的重要诱因，因此要注意保持良好的心情。

⑦不要食用高脂肪、高热量饮食：若连续长期进高脂肪、高热量饮食，可使血脂进一步增高，血液黏稠度增加，动脉粥样硬化斑块容易形成，最终导致脑梗死复发。饮食以清淡、低脂、适量蛋白质、高维生素、高纤维食物为宜，少食多餐，不可食用动物内脏、动物油

脑血管疾病

类，每日食盐量不超过6克，多吃蔬菜、水果。对于面瘫病人、咀嚼功能失调、舌活动不利，应协助进食稀软饮食，动作宜慢，量要适当减少，避免发生呛咳或食物阻塞呼吸道而窒息。

（2）注意预防并发症

①保持功能体位。保持瘫痪肢体功能位是保证肢体功能顺利康复的前提。仰卧或侧卧位时，头抬高15～30度。下肢膝关节略屈曲，足与小腿保持90度，脚尖向正上。上肢前臂呈半屈曲状态，手握一布卷或圆形物。

②保持呼吸道通畅。病人无论取何种卧位都要使其面部转向一侧，以利于呼吸道分泌物的引流；当病人有痰或口中有分泌物和呕吐物时，要及时吸出或呕出；每次翻身变换病人体位时，轻扣病人背部等，以防吸入性或坠积性肺炎的发生。

③每日定时翻身拍背，床铺经常保持干燥清洁，注意会阴部的清洁，对枕骨粗隆、肩胛部、髌部、骶尾部、足跟部等骨骼突出处，应用软枕或海面垫保护，积极预防褥疮、呼吸道与泌尿系感染等并发症。

④长期昏迷的病人机体抵抗力较低，要注意给病人保暖，防止受凉、感冒。

⑤长期卧床的病人容易便秘，为了防止便秘，每天可给病人吃一些香蕉及蜂蜜和含纤维素多的食物，每日早晚给病人按摩腹部。3天未大便者，应服用麻仁润肠丸或大黄苏打片等缓泻药，必要时可用开塞露帮助排便。

（3）注意安全护理

脑血管疾病

①建立舒适安全的环境，注意病人安全，室内采光柔和，无危险物品，物品放置以方便病人行动为宜。

②防止坠床，躁动不安的病人应安装床挡，必要时使用保护带，防止病人坠床、摔伤。

③行走训练注意防跌倒造成骨折，保持地面平坦、干燥，浴室及厕所最好装有扶手架，给病人穿轻便、防滑、合脚的软底鞋，在病人进行日常生活料理时，给予充足的时间，切忌催促，不让病人擅自离开安全环境，以防不测。

（4）注意康复锻炼 脑梗死后的3个月内，是神经功能康复的最佳时期，应在医生指导下，帮助病人进行面肌、语言及肢体的功能锻炼，开始可进行被动功能锻炼，当病人肌力有一定恢复时，应加强主动的功能锻炼，以促进肢体功能的早日康复。可按以下三个阶段进行：

①按摩与被动运动。②逐渐开步走路并做上肢锻炼。③恢复日常生活能力，达到生活自理。

114.为什么中老年人易患脑梗死？

首先脑梗死的原因很多，包括：动脉壁病变（动脉粥样硬化、动脉炎等）、血液成份异常（血液粘度增高、高血脂等）、血流动力学异常（血流缓慢、心率失常及心功能不全时导致灌注不足等）、以及其他非源性血栓栓塞、血液疾病等原因使动脉狭窄加重或完全闭塞，导致脑组织缺血、缺氧、坏死，引起神经功能障碍的一种脑血管病。老年人存在动脉硬化，另外合并有高血压、糖尿病、高血脂、冠心病等基础疾病。还有吸烟、饮酒等因素，另外没有做好脑血管病的一级预防（低盐

低脂饮食、适度锻炼、存在危险因素时可行抗血小板聚集等治疗）。

115.为什么我25岁就出现脑梗？

脑梗死一般多见于中老年病人，但对于年轻人，如患有各种心脏病（房间隔缺损、感染性心内膜炎等）在心脏搏动中就会产生许多微小栓子，随着血流上行进入脑血管在较窄血管处堵塞从而导致脑梗死的发生。其次，有近期手术史者，易发生静脉血栓，如该血栓脱落后亦可导致脑梗死发生。还有孕妇在分娩时有可能出现羊水入血而发生羊水栓塞出现脑梗死症状。

116.什么是心源性脑梗死？

脑栓塞是指血液中的各种栓子（如心脏内的附壁血栓、动脉粥样硬化的斑块、脂肪、肿瘤细胞、纤维软骨或空气）随血流进入脑动脉而阻塞血管，当侧枝循环不能代偿时，引起该动脉供血区脑组织缺血性坏死，出现局灶性神经功能缺损。缺血性脑卒中，目前TOAST病因分型上分为：颅内外大动脉硬化型、心源性、小动脉闭塞型、其他原因及不明原因型五种。其中心源性脑梗死指心脏来源的栓子，常见房颤等心律失常引起。心源性脑梗死是脑梗死中最常见的，约75%的心源性栓子栓塞于脑部。引起脑栓塞的常见的心脏疾病有心房颤动、心瓣膜病、感染性心内膜炎、心肌梗死、心肌病、心脏手术、先天性心脏病。

117.我是风湿性心脏病病人，与脑梗死的发生有关系吗？

有关系。风湿性心脏病常导致血流动力学紊乱，瓣膜受损并有疣状赘生物形成，赘生物机化后，瓣膜纤维化及有瘢痕形成。当该病变累及心房或心室内膜，导致附壁血栓的形成。常导致心脏瓣膜的损害，容易形成栓子，当栓子随血流进入脑动脉而阻塞血管，当侧枝循环不能代偿时，引起该动脉供血区脑组织缺血性坏死，出现局灶性神经功能缺损。即发生脑梗死。

118.高血压与脑梗死的发生有关系吗？

世界公认，高血压不仅是脑出血，而且是脑血栓的最重要的危险因素。收缩压或者舒张压的水平都与脑血栓的发生相关。无论是原发性高血压还是继发性高血压，只要是血压持续在较高水平，均可引起脑的一系列变化。高血压引起的脑的病理改变是：使脑部小动脉痉挛，脑血流量减少，脑组织发生缺血性缺氧。使血管内压增高，血液中的脂类物质容易进入血管壁并沉积在管壁上，促进脑动脉粥样硬化的发生与发展。脑动脉血管的粥样硬化，使脑血管管径变小，弹性降低，血流阻力增加，脑血流量减少。脑部的供血不足又可通过反馈机制使血压升高，形成恶性循环。在脑部动脉已发生病理改变的基础上，一旦发生血压生理调节异常或血流缓慢、血黏度增高等，就容易引起脑血栓。

119.脑梗死会不会遗传，会影响生育吗？

脑梗死的病因是脑动脉粥样硬化，常伴有高血压，高血脂。高血压或高血脂常可加速动脉硬化发展。脑血栓虽然被认为有遗传倾向，但主要与生活环境、饮食习惯有关。这就是说，父母患病其子女不一定患病，当然，这些人比非脑血栓病人的子女患病可能性要大些，尤其是父母双方都是脑血栓病人，其子女脑血栓的患病率要比一般人子女高很多。脑梗死是由于动脉硬化引起的脑细胞缺血性损伤，只要及时治疗，病情恢复好，一般不影响生育。但严重的脑梗可使人体致残而影响生活质量。

120.脑梗死病人为什么要放支架？放支架有风险吗？

不是每一个脑梗死病人都需要放置支架的，只有脑血管高度狭窄导致的脑梗死病人才需放置支架。放置支架的目的是减少由严重脑血管狭窄引起梗死的可能性，但是对已经发生的脑梗死没有治疗意义，对症状也没有太大改善作用。比如一个非常严重



的狭窄，若采用介入治疗则能减低脑梗死发生的可能性。支架的原理很简单，人工放入一个弹簧似的东西把脑血

管狭窄部位支撑到接近正常的状态，让血液正常通过，改善脑组织供血。放支架是有风险的，术中应用的造影剂对肾脏有一定损害，术后脑血管栓塞是少见的严重并发症，可引起脑中风。其他并发症包括支架内血栓形成、动脉夹层、颈动脉再狭窄、穿刺部位血肿或假性动脉瘤。穿刺点瘀斑或皮肤青紫是较普遍的现象，一般很快便可消失。

121.脑梗死后做CT好，还是做MRI好？

脑缺血1小时之后就可发生脑组织含水量增加，从而引起MRI信号的变化，MRI显示脑梗死效果优于CT。早期的脑梗死出现CT上的变化最早需要3~6小时，晚的要等到24小时或者更长时间之后才出现典型表现。如果临床上有典型的脑梗死症状而CT表现为阴性时，应该在短期内复查CT，以免漏诊。MRI对检查出早期后颅窝的脑梗死具有重要意义，因CT检查常有伪影而效果欠佳，而早期治疗又与预后关系密切。

122.脑梗死该怎么治疗？

（1）脑梗死病人在4~5小时可给予溶栓治疗。如超过溶栓时间窗可积极进行抗血小板聚集、稳定斑块、营养神经等对症治疗，根据病人具体病因给予加强抗血小板聚集、扩容等治疗。另外看梗死面积大小，有无引起高颅压、脑水肿，给予脱水降颅压治疗。也可给予清除自由基、扩血管等治疗。如果合并高血压、糖尿病、血脂、肺部感染等，待病情平稳后积极治疗原发病。

（2）脑梗死恢复期，积极做好脑血管病二级预防，

脑血管疾病

如低盐低脂饮食、戒烟酒、适度锻炼，长期抗血小板聚集治疗（无禁忌证）等，如遗留肢体瘫痪，可给予康复锻炼，辅助针灸、肢体保持良好姿势等。

123.脑梗死能治疗好吗？

首先脑梗死能不能治疗好取决于是否及时就诊、梗死部位、梗死范围、有无合并其他病等等。如果就诊及时，梗死范围小，梗死部位不危及呼吸、心跳，无合并其他疾病，一般是可以治疗好的。当然部分病人可能遗留肢体瘫痪、口角歪斜等症状，但是经过正规治疗及康复锻炼，经过一段时间后仍然能完全康复。

124.脑梗死会不会复发？

发生脑梗死后再次出现脑梗死，确切地说应该叫再发，不叫复发，当然也存在原来梗死部位因灌注不足、栓子栓塞等再次使原来梗死加重。如果进行正规治疗，做好脑血管病二级预防，控制原发病，一般不出现大面积脑梗死（心源性栓塞除外），但可能发生小的腔隙性梗死，一般不引起症状。

短暂性脑缺血发作

125.什么是短暂性脑缺血发作？哪些症状提示短暂性脑缺血发作？

短暂性脑缺血发作（TIA）是颈动脉或椎-基底动脉系统发生短暂性血液供应不足引起的局灶性脑缺血。导致突发的、短暂的、可逆的神经功能障碍，发病突然，多在体位改变、活动过度、颈部突然转动或屈伸等情况下发病。短暂性脑缺血发作无先兆，有一过性的神经系统定位体征，一般无意识障碍，历时5~20分钟，可反复发作，但一般在24小时内完全恢复，无后遗症。主要为既往没有的症状突然出现，且持续时间比较短，不超过24小时，多为几分钟或几小时，没有后遗症。例如：突然意识模糊，单个上肢或者下肢麻木、无力，一侧肢体麻木、无力，损失部分的视力或听力，说话含糊不清，不会写字，不知道东西叫什么名字，身体不平衡，眩晕，视物重影，视物变形，突然出现两腿没劲并摔倒、喝水呛咳等。

126.为什么要重视短暂性脑缺血发作？

短暂性脑缺血发作是公认的缺血性卒中（脑梗）最重要的独立危险因素。由于其症状相对轻微，持续时间短，很容易被病人、家属所忽视。研究表明，短暂性脑缺血病人在90天内发生中风、心肌梗死和死亡事件总的风险高达25%。短暂性脑缺血发作为慢性反复发作性临床综合征，发作期间可出现明显的局限性脑功能障碍表现。从而影响病人的生活质量和工作能力，不同程度地削弱病人的社会适应能力。一般认为：短暂性脑

脑血管疾病

缺血发作后脑梗死发生率第1个月为4%~8%，第1年为12%~13%，在5年后达24~29%，第1个5年内每年的脑血管病的发生率为5%~9%。罹患短暂性脑缺血发作后，病人对于疾病的预后极为担心，从而导致焦虑、多疑、抑郁等情感障碍。负性情绪可影响神经内分泌系统，加重心理状态的改变。另外，短暂性脑缺血发作的预后与高龄体弱、高血压、糖尿病、心脏病等均有关系，如果不能及时控制短暂性脑缺血发作，可能最后导致脑血管病发作，如果及时治疗短暂性脑缺血发作则预后良好。

127. 应怎样预防短暂性脑缺血发作？

应调整血压，改善心功能，保持有效血液循环，纠正血液流变异常，避免颈部过度屈伸活动。阿司匹林被认为是目前有效的抗血小板药，对该病的预防有效，潘生丁可与阿司匹林合用；低分子右旋糖酐有降低血黏度、改善微循环等作用，在临床上应用较为普遍。患有高血压的短暂性脑缺血发作病人，在用降压药时，切不可使用强力降压药使血压急剧降低。颈椎病骨质增生压迫或刺激椎动脉时，可行颈椎融合术或骨刺切除术。建议有短暂性脑缺血发作病人尽早去医院接受专业治疗。

128. 短暂性脑缺血发作饮食上要注意什么？

(1) 黑木耳6克，用水泡发，加入菜肴或蒸食。可降血脂、抗血栓和抗血小板聚集。

(2) 芹菜根5个，红枣10个，水煎服，食枣饮汤，可起到降低血胆固醇的作用。

(3) 吃鲜山楂或用山楂泡开水，加适量蜂蜜，冷却后当茶饮。它能扩张血管，具有降压和促进胆固醇排泄的作用。若中风并发糖尿病，不宜加蜂蜜。

(4) 生食大蒜或洋葱10~15克，可降血脂，并有增强纤维蛋白活性和抗血管硬化的作用。

(5) 中风病人饭后饮食醋5~10毫升，有软化血管的作用。

(6) 香蕉花饮。香蕉花5克，水煎代茶饮。可预防中风及脑血管意外。

(7) 芹菜汁。芹菜适量。将芹菜洗净去根，捣烂取汁。每日服3次，每次3汤匙，7天为一疗程。清理内热，降压安眠。主治中风、高血压，对血管硬化亦有较好疗效。

可多吃活血的食物：茄子、柿子、藕、空心菜、黑木耳、桃子等。

应禁烟、戒酒，少吃辛辣刺激性食物。低盐少糖饮食。

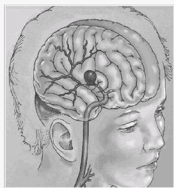
脑动脉瘤

129.脑动脉瘤是肿瘤吗？严重吗？

脑动脉瘤并非一般意义上的肿瘤,无所谓良、恶性,脑动脉瘤为发生在颅内动脉管壁上的异常膨出,所以它不是肿瘤。动脉瘤相当于水管老化后在管壁上鼓起个包,随着压力的增大,像吹气球一样,动脉血流进了“气球”,这个包越来越大,到了一定程度血管承受不住后就发生了破裂,导致脑出血。

李小龙猝死的“元凶”就是脑动脉瘤破裂。赵本山突发脑出血是因为脑动脉瘤破裂,所幸送医抢救及时。意大利球员莫罗西尼球场身亡,也是脑动脉瘤破裂惹的祸。在这些名人之死的背后,隐藏着一个低调而凶恶的杀手——脑动脉瘤。该病有“深埋脑中的不定时炸弹”之称,第一次破裂,死亡率达30%~50%;如果一直不接受手术治疗,肯定会发生第二次破裂,死亡率可超过90%。脑动脉瘤是心脑血管病的一种。医生提醒,如果头晕、头痛、视力下降,尤其是突然变成“斜眼”,要格外警惕脑动脉瘤破裂出血的可能。

脑动脉瘤主要出现在颅底的大动脉上,即与耳朵和眼睛近似平行、位于脑底部的一个“血管环”上。动脉瘤多藏身在血管的“岔路口”上。这是因为此处血流冲击的力度较大,血管壁容易因顶不住压力而向外隆起。普通动脉瘤一般直径只有几毫米大小,巨大动脉瘤的直径则超过2厘米,芝麻绿豆大小,却足以致命。一旦破裂出血,如果不及时治疗,残废以及死亡率很高。80%的蛛网膜下腔出血是由脑动脉瘤破裂造成的,破裂后,15%的病人会因为来不及抢救而在入院前死亡。



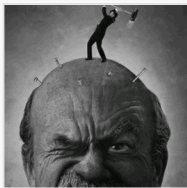
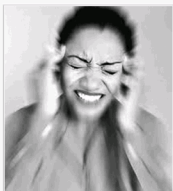
130.脑动脉瘤的病因是什么？

脑动脉瘤的病因有先天和后天两种因素，先天是由于人的脑动脉管壁比人的身体其他部位的血管薄，同时脑血管承受的压力较大，在分叉、管壁的中层裂隙、胚胎血管残留、先天动脉发育异常或缺陷等地方易形成动脉瘤。后天是由于动脉硬化、感染破坏血管壁、头部的外伤等原因。

131.得了脑动脉瘤有什么感觉？

在动脉瘤没有破裂之前大多数人没有症状，有少部分人会有波动性头痛、头晕、视力下降、看东西有重影等不典型症状。当重体力劳动、咳嗽、用力大便、奔跑、酒后、情绪激动、忧虑、性生活等因素导致动脉瘤发生破裂后，人会感到突然发生的剧烈头痛、有的人体会为人一生中最厉害的头痛，尤其是出现不明原因的眼睑下垂，变成“独眼龙”。实际上，这些症状提示动脉瘤内部已出现破裂出血，对脑组织和脑神经造成压迫。如果出血持续增加就会出现偏瘫、不会说话、看不见东西、大小便失禁、反应迟钝、昏迷等神经受损害症状，随着病情加重还会出现发热、恶心、呕吐、心慌、气短等症状。

然而，并非所有人都能幸运地抓住这些报警信号。一方面，有人可能没有任何症状，另一方面很多病人甚至基层医生，都存在认识误区。一遇到头晕、头痛、视力变差，就怀疑是颅内肿瘤的表现。做检查没有查出来肿瘤，就以为是错觉，结果耽误了病情。筛查颅内肿瘤常用的CT和MRI普通扫描，常无法发现动脉瘤。动脉瘤的常用筛查手段是做CTA和MRA，即CT和MR下的血管成像。对于无法确定病情的病人，还需做脑血管造影检查（DSA），因其呈现的是三维动态图像，检查结果精确无误，被称为“金标准”。



132.得了动脉瘤该怎么办？要怎么治疗？

一旦查出脑动脉瘤，是否需要立即治疗？要看是否破裂出血、动脉瘤的大小、生长位置以及形态等风险因素。手术选择：亚洲人脑动脉瘤超5毫米建议手术，如果动脉瘤破裂出血，须尽快手术。

如果动脉瘤没有破裂，亚洲人动脉瘤大小在3~5毫米以下，且没有长在容易破裂的血管分叉部位，则不一定急着做手术，但仍要定期复查，密切观察动脉瘤有无变化。但如果脑动脉瘤大小超过5毫米，则建议手术（欧美人种由于体质关系，瘤体超过7毫米才需手术）。

脑血管疾病

此外，有高血压、糖尿病等基础疾病，经常从事处于高压状态的职业，性格易焦虑、紧张，都属于动脉瘤爆裂的高风险因素，此类病人在家属支持下，可以尽快进行手术。接受手术后一般不会发生第二次破裂。

如果在动脉瘤没有破裂之前发现它，要尽快到技术较好的医院治疗，根据动脉瘤的部位、形状选择开颅手术夹闭或介入治疗动脉瘤内放弹簧圈。

手术的过程是这样的：医生从股动脉插管，将粗细不一的铂金弹簧圈送入脑动脉瘤所在位置，犹如俄罗斯套娃，一圈套一圈，将动脉瘤的内部空间占据，让动脉血回到“主路”上。由于血管壁可自动修复，“旁门”慢慢愈合。而对于开口大或者位置特殊的动脉瘤，为避免弹簧圈脱落，还要采用支架和球囊辅助，先加固血管壁，再放置弹簧圈。这一手术很考验主刀医生的功力，如经验不足或稍有疏失，手术中存在弹簧圈移位导致动脉瘤破裂的风险。而动脉瘤栓塞后，铂金弹簧圈在体内一般不会移位，也不会被人体吸收，比较安全。

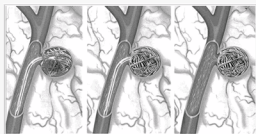
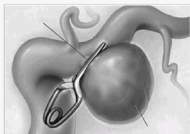
133.动脉瘤病人手术后应注意什么？

做完动脉瘤手术后，病人需定期复诊。平时坐飞机、过安检门没有问题，但由于病人可能出现脑供血不足，导致瞬间失忆（即一过性失神），因此，应尽量避免孤身一人开车、游泳、高空作业、泡温泉等，以免因无人救援而发生意外。

如果病人一旦怀疑动脉瘤出血就要保持情绪稳定，绝对卧床休息，避免剧烈运动及咳嗽，保持大小便通畅，防止血压变化。尽快由“120”急救车送往医院

脑血管疾病

治疗。



脑动静脉畸形

134.什么是脑动静脉畸形?

脑动静脉畸形是一种先天性局部脑血管发生的变异，在病变部位脑动脉与脑静脉之间缺乏毛细血管，致使动脉直接与静脉相接，形成了脑动、静脉之间的短路，产生一系列脑血流动力学上的紊乱，临床上可表现为反复的颅内出血，部分性或全身性抽搐发作，短暂脑缺血发作及进行性神经功能障碍等。本病是引起自发性蛛网膜下腔出血的另一种常见原因，仅次于颅内动脉瘤。

135.脑动静脉畸形病人有什么表现？

小型动静脉畸形可没有任何症状或体征，绝大多数动静脉畸形可出现一定的临床表现，常见的表现有：

（1）出血 发生率为20%～88%，并且多为首发症状，动静脉畸形越小，越容易出血，一般多发生于青年人，发病突然，常在体力活动或情绪激动时发病。剧烈头痛，伴呕吐；神志可清醒，亦可有昏迷；可出现偏瘫及偏身感觉障碍等神经功能损害表现；如果是脑浅表的血管破裂，则可引起蛛网膜下腔出血。

（2）抽搐 癫痫发作可为首发症状，也可发生于出血或伴有脑积水时，发生率与动静脉畸形的部位及大小有关，动静脉畸形愈大，发生率越高。

（3）头痛 半数以上的病人有长期头痛史，类似偏头痛，局限于一侧，可自行缓解，出血时头痛较平时剧烈，多伴呕吐。

（4）进行性神经功能障碍 主要为运动或感觉性功能障碍，出现轻偏瘫或肢体麻木，最初短暂性发作，随着发作次数增多，瘫痪可加重并成为永久性。

（5）其他 巨大型尤其是涉及双侧额叶动静脉畸形可伴有智力减退；癫痫及抗痫药物亦可影响智力发育，或促使智力障碍的发展。

高血压性脑病

136.什么是高血压脑病？

高血压脑病是原发性高血压或某些继发性高血压病人病程中发生的一种特殊的临床现象。由于血压骤然升高，超过脑血管自身调节能力，大量血流进入脑组织，引起局限性或弥漫性脑水肿，导致一系列中枢神经系统功能障碍。高血压脑病病人若经及时治疗，病情可迅速缓解，否则可导致严重而广泛的脑功能损害，留下严重后遗症，甚至危及生命。任何类型的高血压均可发生高血压脑病。

137.高血压脑病常见的原因有哪些？

（1）原发性高血压 原发性高血压的发病率为1%左右，高血压病史较长，有明显脑血管硬化者更易发生。既往血压正常而突然出现高血压的疾病，如急进性高血压和急性肾小球肾炎病人也可发生。

（2）继发性高血压 如妊娠高血压综合征、肾小球肾炎性高血压、肾动脉狭窄、嗜铬细胞瘤等血压中等程度增高，也有发生高血压脑病的可能。

（3）某些药物或食物诱发高血压脑病 少数情况下，高血压病人应用单胺氧化酶抑制剂的同时，又服用萝芙木类、甲基多巴或节后交感神经抑制剂，也会引起与高血压脑病相似的症状。进食富含胺类的食物也可诱发高血压脑病。

（4）颈动脉内膜剥离术后 高度颈动脉狭窄病人行颈动脉内膜剥离术后，脑灌注突然增加，亦可引起高血压脑病。

过去几十年随着高血压治疗的不断规范和有效控制，本病更易发生在平时血压“正常”的高血压病病人中，如过度劳累、情绪激动、突然停用抗高血压药物可以诱发高血压脑病。

138.高血压性脑病有什么表现？

高血压脑病常由过度劳累、紧张、情绪激动所诱发。起病急骤，进展迅速，血压急剧升高，可达200～260/140～180毫米汞柱，或血压比前明显升高（收缩压升高）50毫米汞柱，舒张压升高）30毫米汞柱），临床上可出现“高血压脑病三联症”。高血压脑病发作常在血压升高12～48小时后出现，持续数分钟或数天，不留后遗症，如急救措施不当可导致严重脑损害甚至危及生命。肾功能损害者更容易发病。

（1）发病年龄与病因有关 以青少年及成年多见，子痫常见于年轻妇女。

（2）动脉压升高 原来血压已高者，在起病前，再度增高，舒张压达120毫米汞柱〔16千帕〕以上，平均动脉压常在150～200毫米汞柱〔20.0～26.7千帕〕。

（3）颅内压增高 由脑水肿引起。病人剧烈头痛，喷射性呕吐，视乳头水肿，视网膜动脉痉挛并有火焰样出血和动脉痉挛以及绒毛状渗出物。

（4）意识障碍 可表现为嗜睡及至昏迷，精神错乱亦有发生。

（5）癫痫发作 可为全身性局限性发作，有的出现癫痫持续状态。

(6) 阵发性呼吸困难 由于呼吸中枢血管痉挛，局部缺血及酸中毒所引起。

(7) 其他脑功能障碍的症状 如失语、偏瘫等。

(8) 头痛 常是高血压脑病的早期症状，多数为全头痛或额顶部疼痛明显，咳嗽、活动用力时头痛明显，伴有恶心、呕吐。当血压下降后头痛可得以缓解。

(9) 脑水肿症状为主 大多数病人具有头痛、抽搐和意识障碍三大特征，谓之为高血压脑病三联症。

139.得了高血压性脑病饮食应注意什么？

(1) 高血压脑病病人应选择的食物

①增加新鲜蔬菜的摄入量，多吃含维生素C的食物，尤其是深色蔬菜。像芹菜、黄瓜、豆角、西红柿等，富含抗氧化维生素和食物纤维，这对血压或心血管病有保护作用。其他水溶性维生素，如维生素B₁、维生素B₂和维生素B₁₂均应及时补充，以防止缺乏。

②保证膳食中钙的充足摄入，有利于控制血压。另外，虽然蛋白质有助于促进人体对钙的摄入，但高蛋白饮食，容易造成尿钙排出增加，需要及时补充。含钙（钙食品）丰富的食物有脱脂奶、豆制品等。

③食用油宜多选植物油，其他食物宜选用低饱和脂肪酸、低胆固醇的食物，如蔬菜、水果、全谷食物以及深海鱼类、禽肉、瘦肉及低脂乳等。

(2) 高血压脑病病人的生活注意事项

①减少食盐摄入量：高血压病病人每天摄入盐量

脑血管疾病

应少于5克，大约小汤匙每天半匙，尤其对盐敏感的病人要更少。

②保证合理膳食：高血压病人饮食应限制脂肪摄入，少吃肥肉、动物内脏、油炸食品、糕点、甜食奶制品等。

③有效控制体重可预防高血压：减肥、控制体重最有效的方法是节制饮食，减少每天摄入的总热量。

④戒烟：烟中含有尼古丁，能刺激心脏，使心跳加快，血管收缩，血压升高。

⑤限酒：大量饮酒，尤其是烈性酒，可使血压升高，有些病人即使饮酒后当时血压不高，但过后几天仍可呈现血压高于平常。

医生叮嘱

脑血管病作为神经系统的常见病及多发病，是目前导致人类死亡的三大主要疾病之一，并且具有较高的致残率及再发生率。因此，对于脑血管病危险因素的早期发现和早期干预是减少脑血管病发生及复发的关键。一定要做到：遵医嘱服药，定期复查。

脱髓鞘性疾病

典型表现

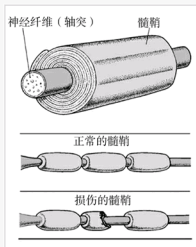
脱髓鞘疾病主要以损害大脑白质及延、脊髓的植物神经并使其调节紊乱不能自主调节以濡养支配区组织而发生的多样性病理改变，临床可见多样种的症状。严重时可侵袭整个脑部和脑干神经核以及大脑运动皮质锥体细胞导致神经功能损害发生瘫痪而危及生命。

本章问题由**白雅 郝军 朱浩** 医生回答

多发性硬化

140.什么是多发性硬化？

多发性硬化症是一种中枢神经系统的疾病，也就是说它的病变位于脑部或脊髓。我们的神经细胞有许多树枝状的神经纤维，这些纤维就像错综复杂的电线一般，在我们的中枢神经系统中组织成绵密复杂的网络。大自然很



巧妙地在我们的神经纤维的外面包裹着一层叫髓鞘的物质，髓鞘不仅像电线的塑料皮一样让不同的电线不致短路，同时人体的髓鞘还可以加速我们神经讯号的传导。当这些髓鞘被破坏后，我们神经讯号的传导就会变慢甚

至停止。多发性硬化症就是因为在中枢神经系统中产生大小不一的块状髓鞘脱失而产生症状。所谓硬化指的是这些髓鞘脱失的区域因为组织修复的过程中产生的瘢痕组织而变硬。这些硬块可能会有好几个，随着时间的进展，新的硬块也可能出现，所以称作多发性。多发性硬化症的初期不易被检查出来，如视力模糊或复视等，常见的症状有一定部位的肌肉僵硬、乏力、丧失控制能力，四肢异常疲劳，行走困难，头晕，膀胱控制失调，触觉、痛觉和温热感觉紊乱等。每个症状出现后又会消失，就这样一个接一个地相继发生，或继续恶化，最后可使病人吞咽困难，致残及卧床不起。目前还没有治疗这种疾病的特效药物。

141.多发性硬化有哪些危害？会导致死亡吗？

多发性硬化可侵犯中枢神经系统，引起全身许多部位出现各种症状的疾病。常见的危害有：

（1）对病人的胃肠道损害 对于硬化症病人来说，肠胃的表现常常被误诊，其主要为胸骨后烧灼痛、反酸及吞咽食物后的哽噎感等。胃肠道的这些非特异性表现常常不会引起病人的重视，尤其是在疾病早期。当发展至晚期，病人可出现全胃肠道功能减低的表现如腹胀、间歇性腹泻、便秘等。

（2）对病人的肺损害 这方面主要表现为胸膜炎、胸腔积液、肺动脉高压、肺间质纤维化及限制性肺的伤害等。病人常见咳嗽、气短、运动后呼吸困难等症状。在疾病早期，这些表现并不明显，胸部X线和肺功

脱髓鞘性疾病

能检查有助于诊断及了解病情。

(3) 对病人的心脏损害 心脏的损害是其症状中较为常见的，可以出现心包、心肌或心脏传导系统的病变。肺部损害造成的肺动脉高压也可加重心脏的病变，在疾病晚期可出现心力衰竭。常见临床表现有心包积液、心肌受损、心率失常等。其中心包积液较常见，但往往没有明显症状，病情发展较为缓慢，超声心动图可明确诊断。

(4) 对病人的肾脏损害 也是症状中较为常见的一种，硬化症肾脏损害也是硬皮病的主要死亡原因之一，提示预后不佳，故应引起早期重视。早期的肾损害表现为轻度的蛋白尿或镜下血尿，逐渐发展可引起肾功能不全。部分病人可出现急性肾衰竭、少尿或无尿，或急骤进展的恶性高血压，可有头痛、视物模糊、恶心、呕吐等表现。

(5) 其他 多发性硬化症可有精神障碍，如抑郁、易怒、脾气暴躁、淡漠、嗜睡、反应迟钝、猜疑、迫害妄想等，较少见的有欣快、兴奋等。脊髓受累时可发生膀胱直肠功能障碍，如尿流不畅、尿急、尿频和尿失禁等，尿潴留较少见。自主神经受累，可出现性功能障碍、半身多汗和流涎等。

多发性硬化本身不会危及病人生命，真正威胁病人生命的是其引发的一系列并发症。如败血症、吸入性肺炎、褥疮等。

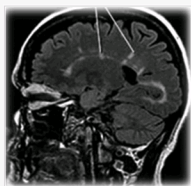
142.以前有过肌无力，瘫痪后好转过，现在又出现瘫痪等症状，什么时候能恢复行走？

多发性硬化有时间多发及空间多发的特点，即病程呈现缓解-复发，病变的部位多。多发性硬化根据病程可以分为：复发-缓解型、继发进展型、原发进展型、进展复发型。复发-缓解型病程多次复发和缓解。肌无力瘫痪好转后再度出现瘫痪，需考虑多发性硬化复发，需及早治疗急性发作，常用药物为糖皮质激素，可促进急性复发的恢复，缩短复发病程；配合适当的康复训练，病人肢体功能可有一定程度的恢复。但激素治疗不能改善恢复程度及预防复发，多次复发后功能损害呈阶梯样加重，多遗留一定程度的功能障碍，如肌无力瘫痪等。多次复发可在缓解期应用IFN- β 、免疫抑制剂等减少复发，防止或延缓神经功能损害进一步加重。

143.多发性硬化为什么要做脑脊液检查？

多发性硬化病人常需接受脑脊液检查，其目的主要是：

（1）协助明确诊断 脑脊液检查对多发性硬化的诊断具有重要意义。多发性硬化是一种免



疫介导的中枢神经系统慢性炎性脱髓鞘性疾病，脑脊液中可出现免疫球蛋白异常的寡克隆区带，据国外文献报道约90%的多发性硬化病人脑脊液寡克隆带阳性，并伴有免疫球蛋白IgG24小时合成率增高的现象。脑脊液检查可检查寡克隆带及计算脑脊液IgG合成率，协助诊断多发性硬化。

（2）鉴别诊断 多发性硬化在临床上需和其他疾病鉴别，脑脊液检查是鉴别诊断不可替代的手段。

（3）观察疗效 通过动态观察脑脊液的变化情况，可帮助临床医生了解治疗方案的效果及病情变化。

144.多发性硬化怎么治疗？能治愈吗？会遗留后遗症吗？

多发性硬化是神经系统的自身免疫性疾病，是免疫功能失调导致的神经损害性疾病，主要分发作期和缓解期两类。发作期推荐使用激素冲击治疗，一般采用甲强龙7天疗法，即为：1000毫克（3天）、500毫克（2天）、250毫克（2天）。之后采用强的松逐渐减量，小剂量维持治疗。缓解期建议应用 β -干扰素治疗。另外可用大剂量丙种球蛋白静滴调节免疫。还可以应用醋酸格拉太咪尔调节免疫。

该病不能彻底治愈，只能通过治疗减轻症状，减轻病人痛苦，尽可能延长缓解期的时间。

病人症状比较轻时，通过规范化诊断及治疗，可能不会遗留后遗症。如果病人出现双目失明、肢体瘫痪、大小便失禁等严重症状，虽然经过治疗，仍会遗留后遗症。

145.多发性硬化病人为什么要吃免疫抑制剂？免疫抑制剂有什么副作用？

免疫抑制剂可以调节人体免疫系统，对该病的异常免疫反应起到调节作用，防止病情进一步恶化。

免疫抑制剂主要有以下副作用：

- （1）骨髓抑制，可能发生粒细胞减少或缺乏症。
- （2）肝功能损害，使谷丙转氨酶（SGPT 或 ALT）增高。
- （3）性功能损害，尤其是男性，少数可发生不育。
- （4）脱发。
- （5）出血性膀胱炎，血尿增多。
- （6）恶心、呕吐、食欲不振等胃肠道反应。

因此用药期间，应经常查血象，观察白细胞变化，用药初期应每隔三日查一次白细胞，以后每周查一次。一旦白细胞总数减少到 3×10^9 个/升时，就应停止使用。及时用升白细胞的药物，如利血生、维生素B₆及B₄等，这样可避免发生致命性的粒细胞缺乏症。一旦发现肝功能异常，也应积极予以治疗，必要时暂停服用免疫抑制剂，待肝功恢复正常后再用。对于消化道症状，则应对症处理。

146.多发性硬化为什么容易复发？

(1) 治疗不当会引起复发 多发性硬化症属自身免疫性疾病，在急性发病期或复发期，皮质类固醇激素仍是首选药物，因为激素有很多不良反应，病人常常心有余悸，而有的医生缺乏实践经验，要么用量不足，要么停药太快，最后导致病情复发。

(2) 感染引起的复发 是因为病情比较重的病人，因反复使用激素，机体抵抗力下降，容易合并感染。总结的临床资料显示，有三分之一的感染可伴随复发，比如消化道、泌尿道的感染可引起复发。不过引起多发性硬化复发的最常见感染是上呼吸道的病毒性感染。有人将病毒感染前1周和感染后5周定位为多发性硬化复发的危险期，进一步分析发现，有三分之二病人的复发发生在上呼吸道感染的危险期。

(3) 其他 此外还有外伤、疫苗接种不当、疲劳、月经期、分娩期及情绪低落时容易复发。

147.如何有效防止多发性硬化的复发？

对于多发性硬化症病人来说，应该勇敢地面对疾病，保持坚强的意志和顽强的斗志，必要时应该求助于心理医生，或在医生的指导下用镇静和抗抑郁药物。适度的锻炼不仅可以预防或减少复发，还有利于减缓病程的进展，训练有较高的要求，在发作期应停止实施，非发作期训练强度也不能过大，因为用力过度会导致损伤。肌肉收缩由神经冲动刺激产生，所以神经破损处的肌肉训练可能很困难，但是游泳、伸展和肌肉拉伸活动均在

脱髓鞘性疾病

许多多发性硬化症病人的能力范围之内，甚至轮椅上的病人也可以做一定程度的训练。在急性复发期，适宜做被动的物理康复，病情明显改善后，可做主动锻炼，但负荷不宜太重，应该逐渐增加锻炼强度。工作或操作家务时，应该做到劳逸结合。另外，常规的瑜伽训练可增强肾上腺髓质的分泌功能，肾上腺髓质分泌物为神经-肌肉刺激物，它能帮助你减慢肌肉及神经功能退化的速度。此外预防感染、保持良好的情绪及心理状态亦是有效预防复发的方法。

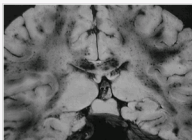
急性播散性脑脊髓炎

148.急性播散性脑脊髓炎是什么病？有哪些表现？

急性播散性脑脊髓炎又叫感染后脑脊髓炎、预防接种后脑脊髓炎，一般发病很急，该病常继发于麻疹、风疹、水痘、天花等急性出疹性疾病，或预防接种后，因免疫功能障碍引起中枢神经系统内的脱髓鞘性疾病。该病表现多样，如急性瘫痪，共济失调，颅神经麻痹，视力障碍，抽风，偏身感觉障碍，言语障碍，嗜睡，昏迷，精神行为异常、认知障碍或意识障碍，发热和颈项强直亦常见，呼吸衰竭。

149.急性播散性脑脊髓炎一般怎么治疗？

目前认为激素治疗是一线治疗方法。若激素不耐受或有使用禁忌，或效果不佳，可以选择丙种球蛋白治疗。此外可以考



虑血浆交换：主要是可清除病理性抗体、补体和细胞因子。其他免疫抑制剂，如环磷酰胺，仅用于成人激素无反应的病人。

异染性脑白质不良

150.什么是异染性脑白质营养不良？什么叫异染性？

异染性脑白质营养不良是一种神经鞘脂沉积病，常染色体隐性遗传，由于芳基硫脂酶A缺乏，导致硫脑苷脂在体内沉积，累及神经细胞、肝、肾及肠黏膜等组织。活检在上述组织中可发现有红黄色的异染物质，这种物质是类脂质颗粒，故称为异染性。因主要引起脑内神经系统脱髓鞘，有髓鞘神经纤维集中部位为脑白质部位，故称为异染性脑白质营养不良。

151.如何确定是否患上了异染性脑白质营养不良病？

由于本病临床表现无特异性，发病率低，特别是仅有脑部或周围神经症状时，易误诊为病毒性脑炎、多发性硬化症、多发性周围神经病等。因此，如有以上临床特点，均应考虑到本病的可能，及时行生化及影像学检查，必要时行病理或基因检查。尿沉渣发现大量异染颗粒可初步诊断。检测血白细胞及皮肤成纤维细胞中ARSA活性可确诊本病。杂合子中度下降，MLD病人基本不含此酶。ARSA基因和SAP-B基因突变检测多用于鉴别携带者及产前诊断，并可鉴别病人基因型，为基因治疗提供依据。基因检测联合ARSA活性、SAP-B蛋白测定可以确保产前诊断。

对MLD的临床表现及诊断问题需注意以下方面：对于婴幼儿，出现肢体无力、步态异常、肢体共济失调等表现时，若早期仅表现为周围神经受损，也需行头颅MRI检查，即使当时头颅MRI无异常，也不能轻易仅仅确诊为周围神经疾病，仍需严密观察病情变化。对于有MLD家族史的病人更需谨慎，若行头颅MRI检查提示双侧大脑半球白质对称性病变，在排除了可能由于非遗传性的获得性或环境因素所致的情况如炎症、免疫、缺氧、中毒等所致的白质病变后，也有必要行针对周围神经的体检及必要的辅检，因为部分婴儿晚期型MLD病人周围神经改变伴随或先于中枢神经系统的改变，而成为该型的首发症状。

152.脑白质营养不良病有什么治疗方法？能治愈吗？如何预防？

目前，本病尚无有效的治疗方法及预防措施。现已证明补充的ARSA不能通过血脑屏障，有人使用酶降解抑制剂作为酶替代治疗辅助治疗，旨在抑制ARSA降解，促进残余ARSA的功能，但未见明显效果。骨髓移植可纠正MLD病人的代谢异常。1985年Bayever等对一个晚婴型病人进行了BMT，结果发现智力得到了明显提高。1990年Krivit等报道一个5年前接受BMT的10岁女孩，其神经电生理及脑磷脂代谢均得到了明显改善。但也有研究表明BMT并未使MLD的症状得到明显改善，且MRI结果表明脑白质的损伤是持续加重的。目前多认为BMT，宜应用于晚婴型的症状前或青少年型的早期病人。尽管基因治疗在临床应用之前尚有许多理论和技术性问题需要解决，但它仍是未来的发展方向。MLD预后不佳。

肾上腺脑白质营养不良

153.肾上腺脑白质营养不良是一种什么病？

肾上腺脑白质营养不良（ALD）是由于细胞内过氧化酶体内氧化过程的先天性缺陷而引起的极长链脂肪酸（VLCFA）在组织内堆集，主要累及脑白质和肾上腺，造成脑白质广泛的神经髓鞘形成不良及肾上腺皮质萎缩和发育不良。近年来由于医学分子生物学的进展，

已查明其致病基因位于染色体Xq28。临床表现多种多样，ALD是一种临床异质性很强的遗传性代谢性疾病。表现在同一家系可有不同表型，同一病人不同时期表现也不同。根据ALD的发病年龄及临床表现分为7型：儿童脑型、青少年脑型、成人脑型、肾上腺脊髓神经病型（AMN）、Addison型、无症状型和杂合子型。

154. 肾上腺脑白质营养不良有何治疗方法？

（1）饮食治疗 目前有人采用饮食疗法，限定饮食中VLCFA的摄入量，同时进食Lorenzo油，以减少VLCFA的合成，使C26：C22恢复正常。经以上治疗，病人的末梢神经传导速度改善，脂肪蓄积减少，病情缓解。但大多数人认为，饮食治疗既不能改变该病情的进展过程也不能提高病人的生活质量，尽管能改变周围神经的功能，但仍不能改变临床进程。无症状的ALD病人在服用Lorenzo油的同时限制脂肪摄入（脂肪摄入量以不超过总热量的30%~34%为宜），可以起到预防作用，对于有症状的病人则无明确疗效，因此饮食治疗被建议用于无症状病人。

（2）药物治疗

①肾上腺皮质激素替代治疗。大部分患儿存在肾上腺皮质功能不全，因而皮质激素替代治疗常常是必需的，但是此治疗对神经系统病损无效，不能改善症状，也不能阻止病变恶化。主要适用于Addison病人，对于脑型病人未见明显改善。

②考虑到脑型ALD的炎性脱髓鞘反应，有人试用

环磷酸胺和免疫球蛋白治疗，但未见疗效。

（3）骨髓移植 骨髓移植可以纠正VLCFA的代谢紊乱、重建酶的活性，改善临床症状，防止痴呆，以早期治疗效果更好。但骨髓移植本身有一定的病死率，且价格昂贵，一般认为适用于起病早期的儿童型ALD。

（4）基因治疗 这是最有前景的治疗手段，但因技术问题有待进一步探讨。

（5）造血干细胞治疗 最近，造血干细胞治疗也用于ALD病人并获得了一定的疗效，目前认为宜用于早期病人，进展型病人可以作为候选治疗。

如果发生肾上腺皮质功能不全，可以采用激素替代疗法，用类固醇激素进行治疗。如果患儿已经出生，尚无预防措施。对于高危妊娠人群，应该做产前诊断，如果为阳性，建议选择选择性人工流产。

155.饮食应该注意什么？

该病在饮食上以补充蛋白质食物为主，同时补充维生素和矿物质，全面加强营养。蛋白质食物的添加和增加随疾病程度、食欲和消化情况而定。常用蛋白质食品有乳类、豆制品、肉类、蛋、鱼、肝类，若患儿不能接受大量食品，可口服水解蛋白10～20克/次，一日2～4次；若遇腹泻，可服脱脂乳及蛋白乳等。严重水肿病例应暂时限制食盐，并及时到医院诊治。因呕吐不能进食者须静脉输液，少量多次输入血浆、氨基酸混合液。

脑病

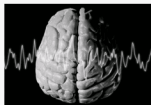
典型表现

脑病指所有脑器质性损害，导致患者智力低下，思维，语言障碍，感觉异常，肢体瘫痪甚至大、小便失禁等症状体征的一大类疾病。

本章问题由**王圆圆 郭玉文 白润爱** 医生回答

156.什么是脑病？脑病的分类有哪些？

脑病是指：因遗传、先天性脑发育不全、脑外伤、脑肿瘤、脑出血、脑梗阻、感染、化学药物中毒等因素引起的大脑神经组



织损伤，进而导致病人智力低下，思维、语言障碍，感觉异常，肢体瘫痪甚至大小便失禁等症状体征的一大类疾病。简而言之，一句话：脑病是指所有脑器质性损害。纵观各种脑病，由于神经信息传导通道（脑路）——神经纤维的阻塞，造成神经各种信息的传导不畅，致使脑神经细胞功能缺失，是脑病的病变本质。

常见的脑病可以分为三大类：一是遗传、先天发育不良造成的小儿脑瘫，智力低下等；二是外伤造成的急性脑损伤后遗症、脑血管病造成的脑中风后遗症等；三是因中枢神经纤维损伤进而造成脑神经细胞衰老退化造成的慢性退行性疾病，包括老年痴呆症、脑萎缩、帕金森病等。

157.导致脑病的原因有哪些？

（1）脑神经因素引起的脑病 由于大脑受到病毒感染、物理创伤、化学物质的中毒、高热、缺血或缺氧（中风）等原因直接导致大脑神经细胞的损伤、死亡，重者危及生命，轻者出现小儿脑瘫、偏瘫等疾病。过度用脑、长期睡眠不足、年龄的增大、神经营养物质的不足，都可能使大脑过早地衰老、退化，出现记忆力下降、智力下降，精神、性格、情绪、睡眠、运动能力的改变，严重的出现老年性痴呆，帕金森病。

（2）脑血管因素引起的脑病 由于脑血管退化或病变引起的大脑疾病。急性发病并迅速出现脑功能障碍的脑血管疾病称为急性脑血管病，也称脑血管意外、脑中风或脑卒中，具有发病高、致残率高和再发率高的特点，是中老年人常见多发病。由于年龄是脑动脉硬化的一种不可干预性危险因素，因此，随年龄的增长，脑血管疾病发生的危险性增大，年龄越大，发病率越高。脑血管疾病的发生还与环境因素、气候因素、饮食习惯等有密切关系，它的危险因素分为可干预性危险因素和不可干预性危险因素。可干预性危险因素是指可以控制或治疗的危险因素，其包括：①高血压；②糖尿病；③高脂血症；④心脏病；⑤短暂性脑缺血发作（TIA）；⑥颈动脉狭窄；⑦脑血管疾病史；⑧吸烟；⑨酗酒。不可干预性危险因素系指不能控制和治疗的危险因素，其包括：①年龄；②性别；③遗传；④种族。

158.脑病有哪些危害？

老百姓说“十个脑病九个瘫”，有广告说“脑病危害猛于虎”。这说法足以说明大家已深切体会到脑病的极大危害。脑萎缩和老年痴呆、脑瘫、帕金森、癫痫、脑中风和脑血栓后遗症被国际医学界并称为“五大脑病”。人一旦患上其中的任何一种，就意味着“非死即残”的悲剧命运已经开始。据世界卫生组织最新统计，21世纪，人类已进入脑病频发高发的时期。脑病正在越来越严重地威胁着人类健康。据调查，脑梗死、脑出血、脑萎缩痴呆症、小儿脑瘫、癫痫、帕金森病、脑外伤等脑病、神经损伤性疾病占人类疾病总数的30%左右，致残致死率高达78.6%。我国因脑病造成的死亡率，城市为111.01/万人，占死亡人数的20.41%；农村为112.6/万人，占死亡人数的18.95%。城乡脑病死亡人数均排全国各种死因的第二位。而且脑梗死、脑出血等还具有高发病率、高死亡率、高致残率、高复发率等四高的特征。我国每年脑病新发病人超过200万例，其中致死致残率约占75%，国家和病人家庭花在脑病治疗上的医疗费用达上百亿元。

159.常见的脑病表现有哪些？

（1）癫痫 俗称“羊癫疯、羊角风”，是大脑神经元突发性异常放电，导致短暂的大脑功能障碍的一种慢性疾病。而癫痫发作是指脑神经元异常和过度超同步化放电所造成的临床现象。其特征是突然和一过性症状，由于异常放电的神经元在大脑中的部位不同，而有多种

脑病

多样的表现。

(2) 偏瘫 偏瘫又叫半身不遂，是指一侧上下肢、面肌和舌肌下部的运动障碍，它是急性脑血管病的一个常见症状。轻度偏瘫病人虽然尚能活动，但走起路来，往往上肢屈曲、下肢伸直，瘫痪的下肢走一步划半个圈，这种特殊的走路姿势，叫做偏瘫步态。严重者常卧床不起，丧失生活能力。按照偏瘫的程度，可分为轻瘫、不完全性瘫痪和全瘫。轻瘫：表现为肌力减弱，肌力在4~5级，一般不影响日常生活；不完全性瘫较轻瘫重，范围较大，肌力2~4级；全瘫：肌力0~1级，瘫痪肢体完全不能活动。

(3) 脑瘫 脑性瘫痪，又称大脑性瘫痪，是自受孕开始至婴儿期非进行性脑损伤和发育缺陷所致的综合征，主要表现为运动障碍及姿势异常。常合并智力障碍、癫痫、感知觉障碍、交流障碍、行为异常及其他异常。基本与小儿脑瘫同义。

(4) 面瘫 面神经麻痹称“面瘫”“歪嘴巴”“歪歪嘴”“吊线风”，是以面部表情肌群运动功能障碍为主要特征的一种常见病，一般症状是口眼歪斜。它是一种常见病、多发病，不受年龄限制。病人面部往往连最基本的抬眉、闭眼、鼓嘴等动作都无法完成。

160.病人长期以来大量饮酒，每天约1斤白酒。近半年以来出现视物重影、走路易跌倒、还经常忘事，有时还会胡言乱语。到医院就诊，诊断为：韦尼克脑病。什么是韦尼克脑病？

脑病

韦尼克脑病是维生素B₁（硫胺素）缺乏的神经系统表现。维生素B₁缺乏通常与营养缺乏有关，最常见于慢性酒精中毒，也可见于剧烈的妊娠呕吐和癌症。通常突然起病，也可隐匿起病，在经典的综合征病人可见四联症：营养缺乏、脑病表现（精神状态改变及认知受损）、眼部异常、共济失调，但仅三分之一的病例存在完整的三联症或四联症。眼部异常最常见为眼球震颤，以及展神经麻痹、动眼神经麻痹、水平性及垂直性凝视麻痹等。共济失调通常为小脑性的。精神认知受损主要表现为意识模糊，伴即刻和近事记忆缺损。若病人存在慢性酒精中毒可高度提示韦尼克脑病的诊断。CT可见间脑及脑室周围区对称性低密度异常，可有增强效应。MRI可见间脑、中脑及脑室周围区T2W信号增强。需要绝对戒酒、改善营养、大量补充维生素B₁，并给予神经、肌肉营养药物。在慢性酒精中毒和营养不良病人，维生素B₁胃肠吸收是不可靠的，因此应尽快应用大剂量不经肠的维生素B₁治疗，不推荐口服用药。本病如迅速诊断和治疗，眼部异常通常在数小时至数日内改善，共济失调和意识模糊可在数日或数周内好转；如不治疗，病人可进展为昏睡和昏迷。因此，所有未诊断的精神状态改变、眼球运动障碍和共济失调病人应用大剂量不经肠的维生素B₁是很重要的。

161.病人一氧化碳中毒住院，住院期间病情逐渐好转，意识清楚、可行走。2周后，病人突然不认识家人、表情痴呆，是什么原因？

考虑为一氧化碳中毒迟发性脑病。一氧化碳中毒迟发性脑病是指急性一氧化碳中毒病人神志清醒后，经过一段假愈期，突然发生痴呆、精神症状和锥体外系疾病。约10%的急性一氧化碳中毒病人可发生，与急性期中毒程度似无密切相关，可能与继发性脱髓鞘及脑血管病变有关。主要出现以下临床表现：

（1）精神意识障碍 呈现痴呆木僵、谵妄状态或者去大脑皮层状态。

（2）锥体外系神经障碍 由于基底神经节和苍白球损害出现震颤麻痹综合征（表情淡漠、四肢肌张力增强、静止性震颤、前冲步态）。

（3）锥体系神经损害 如偏瘫、病理反射阳性或小便失禁等。

（4）大脑皮层局灶性功能障碍 如失语、失明、不能站立及继发性癫痫。

（5）脑神经及周围神经损害 如视神经萎缩、听神经损害和周围神经病变等。CT、MRI显示脑室周围广泛性白质损害。治疗可用脑血管扩张剂、脑细胞活化剂、高压氧和试用激素，但通常效果均不佳。有合并帕金森病、不自主运动、癫痫和精神症状者可对症处理。

162.什么是低血糖性脑病？

低血糖性脑病是指血糖低于2.8毫摩尔/升时出现的一系列神经精神症状，包括头痛、烦躁、抽搐、嗜睡和昏迷；血糖降至0.56毫摩尔/升时可出现深昏迷。低血糖性脑病是常见的昏迷原因，必须迅速诊断、紧急处理，否则将造成脑的不可逆损伤。临床表现有：

（1）交感神经兴奋症状 如出冷汗、面色苍白、心悸、肢冷、全身乏力、手颤腿软等，系低血糖刺激肾上腺素分泌增多所致。

（2）意识障碍 多有嗜睡、朦胧、严重者可出现昏迷。

（3）精神障碍 定向力、记忆力和识别判断力减退，举止反常，性格怪异，并可伴有惊恐、慌乱、甚至躁狂。

（4）脑部症状 常见的有视力减退、视野缺损、面瘫、吞咽困难、肢体瘫痪、失语、震颤、痉挛发作、肌张力和腱反射增高或低下、病理征阳性等。

（5）血糖 空腹及餐后的血糖检查降低。症状的发生与血糖下降的程度、速度、持续时间及病人的机体反应性有关。当血糖下降快时，体内释放大量肾上腺素，临床表现为饥饿、出汗、心动过速、肢体震颤、无力等交感神经兴奋症状；当血糖下降缓慢、历时长，而致交感神经兴奋症状不明显，则临床出现头痛、头晕、昏迷、抽搐、偏瘫、尿失禁等中枢神经损害征象。低血糖反应可导致局灶性神经损害，包括脑干征、偏瘫、四肢瘫、截瘫和发作性舞蹈-徐动症等。因其发病突然，并有意

识障碍或肢体瘫痪，且老年人多发，故易误诊为脑血管病。有些不典型的临床表现亦应做好鉴别诊断：意识障碍合并抽搐，易误诊为癫痫；精神症状、烦躁不安、易激惹、情绪激动、语无伦次，有骂人、打人、幻视，有时可误诊为脑病及酒精中毒；昏迷、瞳孔不等大、对光反射迟钝，易误诊为脑疝。

163.什么人容易患低血糖性脑病？

最常见的是降糖药物使用不当者，还有对胰岛素过度敏感者。疾病致胰岛素分泌过多者如：胰岛素瘤、异位胰岛素分泌瘤；反应性低血糖症者：早期糖尿病，功能性低血糖、营养性低血糖、肝脏疾病；中毒者：农药中毒、酒精中毒、大量食荔枝；糖原累积病者：胃大部分切除术后、肾上腺皮质或垂体前叶疾病。另外，应注意：对于住院病人病情重笃，有多器官（肝、肾、心、脑）损害者，应重视其可有低血糖症的发生；病人可因年老衰弱，意识能力差，常无低血糖症状；慢性肾上腺皮质功能减退者或因非胰岛素介导型低血糖症者，其血浆胰岛素和C肽水平低下；长期住院病人对药物耐受性差、营养不良、感染、败血症等均易导致低血糖症；这些病人随着病情发展、低血糖频繁发作，持续时间可延长，脑功能障碍可加重，脑细胞可发生不可逆的病理性改变，如点状出血、水肿、坏死、软化等。

164.什么是肾性脑病？

肾性脑病又称为尿毒症性脑病，为肾衰竭的严重并发症，是指急、慢性肾脏疾病所致肾衰竭所致的多种因素损伤中枢神经系统引起的一系列神经、精神症状。是由于肾衰竭致代谢产物不能排出，在体内蓄积中毒引起氮质血症，水、电解质及酸碱平衡紊乱等临床综合征。

不论慢性肾衰竭的病因是什么，尿毒症脑病的表现大致相似，症状具有显著的波动性。通常都有肾脏慢性病变基础、有肾功能不全证据，在非蛋白氮 >35.7 毫摩尔/升时出现，其特征因人而异，症状表现与肾功能不全程度和进展速度不完全一致。主要有以下几个方面的表现：

（1）认知功能改变 对周围环境的注意及知觉障碍，是尿毒症脑病的最早及最可靠的指征。病人容易疲劳，注意力不集中，记忆力减退，尤以近事遗忘、智力衰退等较为常见。病情轻者需借助智力检查才能发现，故易误诊和漏诊。

（2）重症精神病症状 ①抑郁状态：病人可从脑衰弱状态转变为精神活动普遍抑制及迟钝。②躁狂状态：可从欣快感、激越发展至情绪高昂，言语、动作增多，但抑郁状态少见。③谵妄、幻觉和妄想：在意识模糊时可出现谵妄，表情烦躁不安，喃喃呓语或兴奋激动，注意力、记忆力、定向力均不佳，思维不连贯，并可出现错觉和幻觉、人格解体和非现实感，妄想和类精神分裂症表现也可在尿毒症脑病病人中见到。计算力、判断力常有障碍。

脑病

(3) 意识障碍 尿毒症时意识障碍极为普遍，尤以尿毒症末期常见，其程度可自嗜睡至昏迷，一些病人可出现木僵。

(4) 扑翼样震颤 扑翼样震颤是诊断尿毒症脑病的重要指标，但它非尿毒症脑病所特有，也可见于其他代谢性脑病，如肝性脑病等。病人一旦出现意识障碍几乎都会出现这种体征。

(5) 震颤 细的或粗的震颤，尤以手及舌的意向性震颤明显，常在尿毒症脑病中见到，而且是诊断本病的敏感指标之一，常先于扑翼样震颤出现。

(6) 肌阵挛 多灶性肌痉挛也很常见，主要累及面部及肢体近端诸肌，表现为突然、急速、不规则、不对称的肌肉抽搐。

(7) 癫痫发作 早期为阵挛或单纯部分性发作，晚期为全面强直-阵挛发作，高峰期可引起额叶癫痫综合征，包括梦样状态、梦游、知觉障碍和自动症，发作性嗅、味、视、触及痛觉障碍。

(8) 其他 还可见到共济失调、肌肉震颤、手足搐搦等。

(9) 脑电图 (EEG) 改变 尿毒症脑病脑电图改变出现率高达80%~100%。脑电图异常与意识状态和脑损害程度一致。其早期即有脑电图异常，随着尿毒症的加重或改善而变化，因而脑电图检查有助于尿毒症病人的早期诊断。

(10) 腰穿 可见有不同程度颅压高，脑脊液细胞数或蛋白可轻度增高。

165.什么是肝性脑病？

肝性脑病是由严重的急性或慢性肝病引起的中枢神经系统功能紊乱，以代谢紊乱为基础、意识行为或昏迷为其主要临床表现的一种综合征，又称肝昏迷。可分为门体分流型脑病和亚临床或隐性肝性脑病两型，前者主要由于门静脉高压，门、腔静脉间侧支循环使胃肠道氨等有害物质未经肝脏代谢解毒直接经体循环入脑所致。有时根据血氨是否增高区分肝性脑病：肝性脑病伴血氨升高称为氮性肝性脑病，血氨不升高称为非氮性肝性脑病。主要分为两类：①急性肝性脑病：多见于暴发性肝炎、严重中毒性肝炎及晚期肝癌，常无前驱期，起病数日迅速进入昏迷状态，甚至死亡。②慢性肝性脑病：多因门体侧支循环和肝功能衰竭所致，表现慢性反复发作性木僵和昏迷，起病缓慢，意识障碍逐渐加深以至死亡。

166.肝性脑病病人如何补充营养？

肝硬化病人常有负氮平衡，因此应补充足够的蛋白质。但高蛋白饮食可诱发肝性脑病，因此对有肝性脑病的病人应该限制蛋白质摄入，保证热能供给。Ⅲ～Ⅳ期病人应禁止从胃肠道补充蛋白质，可鼻饲或静脉注射25%的葡萄糖溶液。Ⅰ～Ⅱ期病人开始数日内应限制蛋白质在20克/天之内，如病情好转，每3～5天可增加10克，以逐渐增加病人对蛋白质的耐受性。待病人完全恢复后每天每千克体重可摄入0.8～1.0克蛋白质，以维持基本的氮平衡。由于植物蛋白质（如豆制品）富含

支链氨基酸和非吸收纤维，后者可促进肠蠕动，被细菌分解后还可降低结肠的PH值，可以加速毒物排出和减少氮吸收。因此，肝性脑病病人应首选植物蛋白。乳制品营养丰富，如病情稳定可适量摄入。肉类蛋白质应尽量减少摄入。另外，应适当补充多种维生素，辅以少量脂肪，不能口服者应鼻饲。

167.什么是脑瘫？如何诊断？

脑性瘫痪，简称脑瘫，通常是指在出生前到出生后一个月内由各种原因引起的非进行性脑损伤或脑发育异常所导致的中枢性运动障碍。临床上以姿势与肌张力异常、肌无力、不自主运动和共济失调等为特征，常伴有感觉、认知、交流、行为等障碍和继发性骨骼肌肉异常，并可有癫痫发作。出生1个月后各种原因引起的非进行性中枢性运动障碍，有时又称为获得性脑瘫，约占小儿脑性瘫痪的10%。脑瘫的诊断主要基于病史及神经系统检查。典型的脑性瘫痪多具有运动发育落后、姿势异常、中枢性运动障碍的体征等。询问孕期、围产期、新生儿期异常病史可能提示脑瘫的病因。影像学检查可能发现脑损伤的证据。脑性瘫痪需除外遗传代谢与神经变性病。脑瘫的早期常缺乏特异性体征，与一般的运动发育迟缓难于区别，甚至在早期没有明显的运动发育迟缓。

168.什么是肺性脑病？有什么表现？

肺性脑病又称肺心脑综合征，是慢性支气管炎并发肺气肿、肺源性心脏病及肺功能衰竭引起的脑组织损害及脑循环障碍。主要依据有慢性肺部疾病伴肺功能衰竭；临床表现有意识障碍，神经、精神症状和定位神经体征；血气分析有肺功能不全及高碳酸血症之表现；排除了其他原因引起的神经、精神障碍而诊断。早期可表现为头痛、头昏、记忆力减退、精神不振、工作能力降低等症状。继之可出现不同程度的意识障碍，轻者呈嗜睡、昏睡状态，重则昏迷。主要系缺氧和高碳酸血症引起的二氧化碳麻醉所致。此外还可有颅内压升高、视神经乳头水肿和扑击性震颤、肌阵挛、全身强直-阵挛样发作等各种运动障碍。精神症状可表现为兴奋、不安、言语增多、幻觉、妄想等。

169.肺性脑病治疗时有哪些注意事项？

在治疗中应注意以下几点：

（1）加强安全防护。将病人转移到安全房间，避开窗边，以免出现意外。去除房内不必要的设备和危险物品，如热水瓶、刀、剪、绳子，以免病人伤人和自伤。

（2）对于出现早期肺性脑病症状的病人，除进行必要的监护外，需及时和病人家属取得联系，说明病情，让家属配合治疗，并请家属陪护。同时派专职护理人员守护。

（3）病人出现脾气性格改变、情绪反常、暴躁时，应说服劝导，并配合必要的治疗，切忌用镇静剂使病人

安静，否则会加重病人病情，使病人进入昏迷。

170.脑萎缩是什么原因引起的？

脑萎缩是属于一种脑组织退化性病变，多是由于动脉硬化引起的，它会导致脑组织的血液供应减少，一般患有糖尿病、高血压、高脂血症容易出现脑萎缩。首先对于一些老年性朋友来说，患上了脑痴呆症多是由于脑萎缩引起的，尤其是一些小萎缩症状，会出现走路不稳、运动失调的表现，这种情况一般多是由于家族遗传性病史或者慢性酒精中毒史引起的。对于因为脑萎缩而出现症状的病人来说，一般需要在医生的指导下服用一些能够改善脑供血，促进脑组织营养代谢的药物，如肌苷、丹参、尼莫地平、脑复康、脑活素、都可喜等，这些可以改善症状，预防脑力衰退，同时也要注意加强护理，这样可以照顾病人的生活。另外对于脑萎缩的中老年人来说，在饮食上要多吃一些荤素搭配的食物，可以保证营养均衡。交流上多和朋友沟通，经常沟通，交流感情，可以促进大脑的思维力度，帮助大脑有更多的血液供应，才可以预防脑力衰退的发生。

171.脑萎缩的日常护理应注意什么？

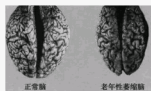
人老了之后，人体的各个器官都跟着衰退，其中脑萎缩是老年人常见的一种疾病，也是让家人和老人比较担心的一种疾病，家里有得了脑萎缩的老人，在日常护理中应该注意：

（1）老人内心很脆弱，怕连累家人，这时候家人要鼓励老人，让老人有战胜病魔的决心，督促老人听医

脑病

生的话，按时吃药，这样才能好得快一些。

(2) 老人得了脑萎缩要戒烟戒酒，烟酒会使病情加重，多给老人准备一些清淡的食物和一



些新鲜的蔬菜水果，不要吃熏烟的东西和一些刺激性的食物，比如烧烤、辣的、干菜等。应该让老人多做一些运动，保持好心情、不要刺激老人，会加重病情。

(3) 已经瘫痪在床的老人更需要鼓励，更应该注意老人的日常卫生，加强护理工作，经常帮老人按摩，做一些让老人高兴的事，多陪陪老人。

172.透析会引起脑病吗？都有哪些表现？

人工透析分血液透析和腹膜透析，两种透析都可引起脑病，但以前者多见。透析性脑病的出现是由于透析时血液内代谢产物迅速被清除，但脑实质、脑脊髓中尿素及其他物质受血脑屏障的限制，浓度下降较慢，从而形成血浆与脑脊液间渗透浓度差，水分则由血浆渗入脑脊液和脑细胞，造成脑脊液压力增高和脑水肿而致脑病发生。根据病程可分急性透析性脑病与慢性进行性透析性脑病（又称透析性痴呆）两类。

(1) 急性透析性脑病，常于透析后出现躁动不安，甚至谵妄、精神错乱、错觉，幻觉，可持续数日后恢复正常。

(2) 长期透析所致的进行性脑病，呈亚急性起病，进行性发展，可有周期性波动，透析的慢性作用可造成

脑病

持久的神经系统症状和智能的进行性下降。亦可表现为痴呆。透析性痴呆发生在长期接受血液透析的肾衰竭病人，是一种致命的神经病综合征。透析性痴呆亦称进行性透析性脑病。此病与肾衰竭的病因、病人的年龄或所用血液透析的类型无关。常在接受透析后3~4年出现，病程通常是3~12个月，有些病人在起病后一个月内死亡。言语障碍是透析性痴呆最突出的表现，常最早出现。典型者，言语障碍开始为口吃，随之发生启动说话和发音动作进行性困难，病人可能拘谨地，一个音节、一个音节地讲话，可从一过性呐吃发展为完全缄默症。其他语言功能障碍不如言语异常突出。但随疾病进展，也可发生找词困难、命名障碍、口语理解力下降等。透析性痴呆的精神异常出现于痴呆的早期，可能很严重，也可能直到晚期症状仍比较轻微。症状包括：注意力不集中、易激动、健忘、情感淡漠、行为怪异、偏执妄想、幻觉。大多数透析性痴呆的病人尚可发生肌阵挛、扑翼样震颤、面部怪相、癫痫大发作以及四肢共济失调。脑电图出现弥漫性多灶性慢波及额中区双侧同步性棘慢综合波。

173. 哪些物质可引起中毒性脑病？都有哪些临床表现？

急性中毒性脑病由铅、铊、四乙铅、有机汞、苯、汽油、二硫化碳、溴甲烷、有机磷、有机氯农药等亲神经性毒物及一氧化碳、氰化物、硫化氢等窒息性毒物急性中毒引起。早期多出现头痛、恶心、昏睡、乏力、烦躁、幻觉、定向力障碍。典型呈颅内压增高表现，如头部剧痛、喷射样呕吐、频繁抽搐、呼吸变慢、血压增

脑病

高、瞳孔缩小、球结膜水肿、双眼球张力增高、意识障碍加重等,且多呈昏迷,但眼底检查不一定见到视神经乳头水肿。

医生叮嘱

脑病的临床表现多样,原因复杂,种类繁多,容易留下后遗症,甚至危及生命。建议及时到正规专科医院诊治,规范检查、治疗,详细查找病因、判定预后,以免延误病情,避免造成不必要的经济损失。

急性中毒是全身性疾病,如在脑病发生的同时,出现其他器官或系统的损害,则更有助于该诊断。脑电图常显示弥漫性病变: α 波减少,代之以 θ 波或 δ 波等慢波。排除其他病因所致中枢神经系统疾病:如癫痫、癔症、脑血管意外、脑炎、颅脑外伤。治疗主要是针对脑水肿及缺氧。

慢性中毒性脑病由严重的慢性铅、汞、锰、四乙铅、有机汞、二硫化碳等中毒引起,临床上表现为震颤麻痹综合征、中毒性神经分裂症及中毒性痴呆。治疗除脱离接触和特效解毒外,与有关的神经精神疾病病人相似。

锥体外系疾病

典型表现

锥体外系疾病是一种不为人的意志控制的不自主运动和肌张力改变，情绪激动、紧张时加重，安静时减轻，睡眠时消失。

本章问题由**张红鸭 李毅 李敏** 医生回答

帕金森病

174.什么是帕金森病？

帕金森病多见于中老年人，起病隐袭，进展缓慢。首发症状通常是一侧肢体的震颤或活动笨拙，上肢开始多见，逐渐波及同侧下肢，进而累及对侧肢体，病程呈现“N”样进展。

175.帕金森病病人有哪些症状？

帕金森病病人临床上主要表现为运动性症状：静止性震颤、运动迟缓、肌强直和姿势步态障碍。近年来人们越来越多地注意到抑郁、便秘和睡眠障碍等非运动症状也是帕金森病病人常见的主诉，它们对病人生活质量的影响甚至超过运动症状。

（1）静止性震颤 约70%的病人以震颤为首发症状，多始于一侧上肢远端，静止时出现或明显，随意运动时减轻或停止，精神紧张时加剧，入睡后消失。手部静止性震颤在行走时加重。典型的表现是频率为4~6赫兹的“搓丸样”震颤，经数年逐渐累及同侧下肢及对

锥体外系疾病

侧肢体，严重者出现头部、下颌、口唇、舌咽部以及四肢震颤。部分病人可合并姿势性震颤。病人典型的主诉为：“我的一只手经常抖动，越是放着不动越抖得厉害，干活拿东西的时候反倒不抖了。遇到生人或激动的时候也抖得厉害，睡着了就不抖了。”

（2）肌强直 检查者活动病人的肢体、颈部或躯干时可觉察到有明显的阻力，这种阻力的增加呈现各方均匀一致的特点，类似弯曲软铅管的感觉，故称为“铅管样强直”。病人合并有肢体震颤时，可在均匀阻力中出现断续停顿，如转动齿轮，故称“齿轮样强直”。病人典型的主诉为“我的肢体发僵发硬。”在疾病的早期，有时肌强直不易察觉到，此时可让病人主动活动一侧肢体，被动活动的患侧肢体肌张力会增加。可出现特殊的“猿猴样”姿势：头前倾，躯干俯曲，双上肢屈曲内收，拇指对掌，双下肢弯曲。

（3）运动迟缓 运动迟缓指动作变慢，始动困难，主动运动丧失。病人的运动幅度会减少，尤其是重复运动时。根据受累部位的不同，运动迟缓可表现在多个方面。面部表情动作减少，瞬目减少称为面具脸；说话声音单调低沉、吐字欠清；写字可变慢变小，称为“小写征”；洗漱、穿衣和其他精细动作可变得笨拙、不灵活；行走的速度变慢，常拽行，手臂摆动幅度会逐渐减少甚至消失；步距变小；因不能主动吞咽至唾液不能咽下而出现流涎；夜间可出现翻身困难。在疾病的早期，病人常常将运动迟缓误认为是无力，且常因一侧肢体的酸胀无力而被误诊为脑血管疾病或颈椎病。因此，当病人缓慢出现一侧肢体的无力，且伴有肌张力的增高时应警惕帕金森病的可能。早期病人的典型主诉为：

锥体外系疾病

“我最近发现自己的右手（或左手）不得劲，不如以前利落，写字不像以前那么漂亮了，打鸡蛋的时候觉得右手不听使唤，不如另一只手灵活。走路的时候觉得右腿（或左腿）发沉，似乎有点拖拉。”

（4）姿势步态障碍 姿势反射消失往往在疾病的中晚期出现，病人不易维持身体的平衡，稍不平整的路面即有可能跌倒。病人典型的主诉为“我很怕自己一个人走路，别人稍一碰我或路上有个小石子都能把我绊倒，最近我摔了好几次了，以至于我现在走路很小心。”姿势反射可通过后拉试验来检测。检查者站在病人的背后，嘱病人做好准备后牵拉其双肩，正常人能在后退一步之内恢复正常直立，而姿势反射消失的病人往往要后退三步以上或是需人搀扶才能直立。帕金森病病人行走时常常会越走越快，不易止步，称为慌张步态。病人典型的主诉为：“我经常越走越快，止不住步。”晚期帕金森病病人可出现冻结现象，表现为行走时突然出现短暂的不能迈步，双脚似乎粘在地上，须停顿数秒后才能再继续前行或无法再次启动。冻结现象常见于开始行走时（始动困难），转身，接近目标时，或担心不能越过已知的障碍物时，如穿过旋转门。病人典型的主诉为：“起身刚要走路时常要停顿几秒才能走的起来，有时候走着走着突然就迈不开步了，尤其是在转弯或是看见前面有东西挡着路的时候。”

（5）非运动症状 帕金森病病人除了震颤和行动迟缓等运动症状外，还可出现情绪低落、焦虑、睡眠障碍、认知障碍、脂溢性皮炎、便秘、性功能减退等非运动症状。疲劳感也是帕金森病常见的非运动症状。病人典型的主诉为：“我感觉身体很疲乏，无力；睡眠差，

锥体外系疾病

经常睡不着；大便费劲，好几天一次；情绪不好，总是高兴不起来；记性差，脑子反应慢。”15%~30%的病人在疾病晚期发生痴呆。

176.我得了帕金森病，医生建议吃药。帕金森病常用治疗药物有哪些？用药时应注意哪些不良反应？

（1）抗胆碱能药物 主要是通过抑制脑内对抗多巴胺作用的乙酰胆碱的活性，相对提高多巴胺效应达到治疗目的。临床常用的是盐酸苯海索。此外有开马君、苯甲托品、东莨菪碱等。主要适用于震颤明显且年龄较轻的病人。老年病人慎用，狭角型青光眼及前列腺肥大病人禁用。主要不良反应有口干、视物模糊、便秘、排尿困难、影响智能。

（2）金刚烷胺 可促进多巴胺合成和释放，阻止其重吸收。对少动、僵直、震颤均有轻度改善作用。肾功能不全、癫痫、严重胃溃疡、肝病病人慎用。

（3）单胺氧化酶B（MAO-B）抑制剂 通过减少多巴胺的降解，相对增加突触间隙多巴胺浓度而达到治疗的目的。MAO-B抑制剂可单药治疗新发、年轻的帕金森病病人，也可辅助复方左旋多巴治疗中晚期病人。它可能具有神经保护作用，因此原则上推荐早期使用。MAO-B抑制剂包括司来吉兰和雷沙吉兰。晚上使用易引起失眠，建议早、中服用。胃溃疡者慎用，禁与5-羟色胺再摄取抑制剂（SSRI）合用。

（4）多巴胺受体激动剂 可直接刺激多巴胺受体而发挥作用。目前临床常用的是非麦角类多巴胺受体激

锥体外系疾病

动剂。适用于早期帕金森病病人，也可与复方左旋多巴联用治疗中晚期病人。年轻病人病程初期首选MAO-B抑制剂或DR激动剂。激动剂均应从小剂量开始，逐渐加量。常见的副作用包括胃肠道症状，嗜睡，幻觉等。非麦角类DR激动剂有普拉克索、罗匹尼罗、吡贝地尔、罗替戈汀和阿朴吗啡。

（5）复方左旋多巴（包括左旋多巴/苄丝肼和左旋多巴/卡比多巴）

左旋多巴是多巴胺的前体。补充的左旋多巴进入脑内，在脑内转变为多巴胺，从而发挥治疗的作用。苄丝肼和卡比多巴阻止左旋多巴在脑外转变为多巴胺，增加入脑内的多巴胺含量增强疗效同时减少其外周的副作用。应从小剂量开始，逐渐缓慢增加剂量直至获得较满意的疗效，剂量增加不宜过快，用量不宜过大。餐前1小时或餐后1个半小时服药。老年病人可尽早使用，年龄小于65岁，尤其是青年帕金森病病人应首选单胺氧化酶B抑制剂或多巴胺受体激动剂，当上述药物不能很好控制症状时再考虑加用复方左旋多巴。活动性消化道溃疡者慎用，狭角型青光眼、精神病病人禁用。

（6）儿茶酚-氧位-甲基转移酶（COMT）抑制剂 通过抑制左旋多巴在外周的代谢，从而增加脑内左旋多巴的含量。包括恩他卡朋和托卡朋。帕金森病病人出现症状波动时可加用COMT抑制剂。恩他卡朋需与左旋多巴同时服用才能发挥作用。托卡朋第一剂与复方左旋多巴同服，此后间隔6h服用，可以单用。副作用有腹泻、头痛、多汗、口干、氨基转移酶升高、腹痛、尿色变黄等。托卡朋有可能导致肝功能损害，须严密监测肝功能，尤其在用药前3个月内。

医生叮嘱

药物治疗帕金森病时需注意：①掌握好用药时机；②掌握好用药原则，以最小剂量达到相对满意效果，治疗应个体化。建议病人在专科医生指导下用药。

177.除了药物治疗，帕金森病病人在什么情况下适合手术治疗？常用手术方式有哪些？效果怎么样？

早期药物治疗显效而长期治疗效果明显减退，同时出现异动症者可考虑手术治疗。异动症是指应用药物后出现不自主运动，可表现为舞蹈样动作、肌肉强直或阵挛等。手术治疗只能改善症状，而不能根治疾病。手术方式主要是神经核毁损术和深部脑刺激术（DBS，又称“脑起搏器”）。深部脑刺激因其微创、安全、可控性高作为主要选择，但手术费用较高，术前需专科医生慎重评估病人是否适合深部脑刺激术，并向病人解释手术作用的局限性，病人需对手术疗效有合理的期望，术后病人不能停止药物治疗。

178.帕金森病能治愈吗？有并发症吗？

帕金森病是一种慢性进展性疾病，不同病人疾病进展的速度不同。目前尚不能治愈。早期病人通过药物治疗多可很好地控制症状，至疾病中期虽然药物仍有一定的作用，但常因运动并发症的出现导致生活质量的下降。疾病晚期由于病人对药物反应差、症状不能得到控

锥体外系疾病

制，病人可全身僵硬，生活不能自理，甚至长期卧床，最终多死于肺炎等并发症。

179.有什么科学的办法预防帕金森病吗？

目前尚无有效的预防措施阻止疾病的发生和进展。当病人出现临床症状时黑质多巴胺能神经元死亡至少在50%，纹状体多巴胺含量减少在80%以上。因此，早期发现临床前病人，并采取有效的预防措施阻止多巴胺能神经元的变性死亡，才能阻止疾病的发生与进展。如何早期发现临床前病人已成为帕金森病研究领域的热点之一。基因突变以及快速动眼睡眠行为障碍、嗅觉减退等帕金森病的非运动症状可出现在运动症状出现前数年，它们可能是帕金森病发生的早期生物学标记物。多个生物学标记物的累加有可能增加罹患帕金森病的风险。有关多巴胺能神经元的保护性药物目前尚在研究之中。流行病学证据显示维生素E、辅酶Q10以及鱼油等可能对神经元有一定的保护作用。

小舞蹈病

180.什么叫做小舞蹈病？与细菌感染有关吗？

锥体外系疾病

风湿性舞蹈病又称小舞蹈病、Sydenham舞蹈病。常发生于链球菌感染后，为急性风湿热的神经系统症状。一般认为由于



病人经A组 β 溶血性链球菌感染后产生相应抗体，该抗体错误地识别中枢神经系统部分神经核团并导致其损伤所致。病变主要影响大脑皮层、基底节及小脑，由锥体外系功能失调所致。临床表现为面、手和足快速舞蹈样不自主运动，伴肌张力降低，肌力减弱及精神症状为特征的疾病。本病多见于儿童和青少年。尤以5~15岁的女性多见。青年期后发病率迅速下降，偶有成年妇女发病，主要为孕妇。脑炎、白喉、水痘、麻疹、百日咳等感染以及系统性红斑狼疮和一氧化碳中毒等偶可引起本病。

181.小舞蹈病有哪些治疗办法？

(1) 运动症状的治疗 对舞蹈症状可用地西洋5毫克，氯硝西洋7.5毫克，或丁苯那嗪25毫克，每日2~3次口服；氯丙嗪12.5~25毫克，每日2~3次；亦可用氟哌啶醇0.5~1毫克，每日2~3次。后两种药物易诱发锥体外系不良反应，需注意观察，一旦发生，需减少剂量。

(2) 精神症状的治疗 对症治疗。

(3) 抗感染治疗 在确诊本病后，无论病症轻重，均需应用抗链球菌治疗，目的在于最大限度地防止或减少小舞蹈病复发及避免心肌炎、心瓣膜病的发生。一般应用青霉素80万单位肌注，2次/日，1~2周为一

锥体外系疾病

疗程。以后可给予长效青霉素120万单位肌注，每月1次。如果不能使用青霉素，可改用其他链球菌敏感的抗生素，如头孢类。

（4）免疫疗法 患儿患病期间体内有抗神经元抗体，故目前仍然认为应尽早采用免疫治疗。可应用糖皮质激素，用血浆置换、免疫球蛋白静脉注射治疗本病，可缩短病程、减轻症状。此外，风湿热症状明显者也应加用糖皮质激素（如泼尼松），可减少或防止复发，同时也可控制心肌炎和心瓣膜病的发生。

原发性震颤

182.父辈在年轻时开始出现双手不自主抖动，喝酒后能减轻，我今年31岁，也开始出现这种症状，这是什么病？会遗传吗？

你可能患上了原发性震颤（ET）。原发性震颤（ET）又称特发性震颤，常有家族聚集现象，任何年龄均可发病，平均起病年龄45岁左右，人群患病率为（410~3920）/10万，60岁以上人群患病率为（1300~5050）/10万。有学者认为起病年龄呈一种双峰模式，青少年期和50岁左右为两个发病高峰。患病无种族、地区、性别差异。本病以姿势性震颤为特征，典型的ET表现为一种单症状的姿势性震颤，即在保持某一姿势（如持筷、持杯等）时最明显，某些病人可在运动中加重，另一些病人初始即伴有运动性震颤，很少在静止时出现，紧张、情绪激动、饥饿、疲劳时加重。身体各

锥体外系疾病

部位均可受累，受累部位依次为手、头、咽喉部肌肉、腿和下颌，很少发生于躯干和舌。震颤通常从一侧手开始，逐渐扩展至整个上肢和对侧上肢，向上可至头和咽喉部肌肉，并以一侧更明显。频率一般为4~12赫兹，随年龄增长频率下降，而与病程无关。初为间歇性，逐渐发展为持续性，一般进展缓慢，发病10~20年后会影响活动，完成精细动作的能力受到损害，震颤幅度越大，对活动能力影响也越大。体查除震颤为惟一症状外，无其他神经系统阳性体征，包括肌僵直和运动减退等。对酒精的反应性是ET的另一特征，42%~75%的ET病人饮少量酒后震颤减轻或消失，时间从半小时至几小时，但酒精作用消失后情况更差。ET常伴发其他类型的运动障碍性疾病，如帕金森病、肌张力障碍、肌阵挛、遗传性小脑性共济失调等。此外，典型偏头痛被证实是最常见的和ET相关联的疾病，有报道称ET病人中患典型偏头痛的发生率为26%。ET一旦出现即贯穿于整个生命，一般不影响寿命。

183.原发性震颤需要治疗吗？有哪些药物可以选用？

若原发性震颤对生活及工作影响不大，可不用治疗。若影响正常生活及工作，或需要在特殊场合控制症状，可选择以下几种药物：

（1） β 受体阻滞剂 临床观察证明， β 受体阻滞剂为治疗ET的有效药物，约70%者有效，能减轻震颤幅度，但对震颤频率无明显影响。通常用心得安（普萘洛尔），但心得安副反应有心跳减慢、疲乏、头痛和气

锥体外系疾病

喘。慢性气道阻塞性疾病，房室传导阻滞和哮喘病人禁用心得安。

(2) 扑痫酮 一种抗癫痫用药，用于ET治疗，同心得安一样主要减轻震颤幅度，对震颤频率无影响。有报道称比心得安的治疗作用稍强，每天50~700毫克，最佳剂量250毫克/日， β 受体阻滞剂无效者应用扑痫酮有效，反之亦然，心得安与扑痫酮联用疗效更佳。扑痫酮常见副反应有恶心、呕吐、头昏、共济失调，因此服用此药宜从小剂量开始，同时亦可预先服用肝酶诱导剂苯巴比妥。

(3) 其他 此外，苯巴比妥、尼莫地平等亦用于ET治疗，镇痛剂很少有效。如果震颤造成严重功能障碍，对药物无反应，可选择立体定位丘脑切断或者丘脑深部刺激术。

抽动-秽语综合征

184.孩子上幼儿园，老师说他经常挤眉弄眼，还发出怪声，这是什么病？会影响智力吗？

这个孩子可能患有抽动-秽语综合征。抽动-秽语综合征可见于儿童及青少年，多在2~15岁起病，男孩多见，青春期以后减少。早期绝大多数病人表现为反复、迅速、不规则的肌肉抽动，少部分伴发声。几乎所有病人最终出现不同程度的不自主肌肉抽动和发声痉挛。不自主抽动最先累及面部，表现为挤眼、皱眉、仰头、耸肩等，以后症状加重，出现肢体及躯干的爆发性不自主

锥体外系疾病

运动，可见上臂及头部甩动、扭身、投掷、踢腿等异常动作。发声痉挛是由于喉部肌肉抽动发出的怪声，如犬吠声、尖叫，或说粗俗语、淫秽语言等。

部分病人可有其他怪异动作，甚至自伤、自残等。85%的患儿有轻至中度的行为异常，表现为注意力不集中、焦躁不安、强迫行为、破坏行为，约50%的



患儿可能同时伴有注意力缺陷多动障碍。抽动在紧张时加重，精神松弛时减轻，入睡后消失，患儿智力不受影响。

185.抽动-秽语综合征需要治疗吗？如何治疗？

（1）一般症状较轻的病人可无需治疗，对已经确诊者且症状明显则应早期采用药物疗法。治疗药物有氟哌啶醇、匹莫齐特（哌咪清）、硫必利（泰必利）、五氟利多、 $\alpha 2$ 受体阻滞药盐酸可乐定、氯米帕明（氯丙咪嗪）、氟西汀、奥氮平及控制注意缺陷和多动的药物、肌苷等。

（2）手术治疗 人体生理功能的实现由锥体系和锥体外系两个系统共同完成，它们不断发出有规律的电信号，一个管运动，一个管协调，锥体系电信号过强出现慢波，临床上就会出现癫痫发作，锥体外系电信号过强出现慢波，临床就会发生抽动-秽语综合征、肌张力障碍、共济失调等表现。脑起搏器通过控制锥体系和锥

锥体外系疾病

体外系的异常电流，从而治疗抽动-秽语综合征。

（3）心理治疗 心理治疗的主要目的不是消除病人抽动症状，而是支持和帮助病人消除心理困扰，减轻焦虑，适应现实环境。药物治疗的同时，应重视病人的心理治疗及支持，重视病人的学习及生活环境，及时解决病人生活和学习中存在的应激刺激。

亨廷顿舞蹈症

186.什么是亨廷顿舞蹈症？会遗传吗？

亨廷顿舞蹈症是一种遗传性神经退化疾病，一般病人在中年时发病，逐渐丧失说话、行动、思考和吞咽的能力，并出现舞蹈样的全身不自主运动，病情会持续发展15~20年，并最终导致病人死亡。这种病的遗传几率为50%，且病人下一代的发病年龄往往早于病人发病年龄，称为早发现象。

187.亨廷顿舞蹈症有哪些临床表现？

（1）早期 精神易激动、易怒、情感淡漠、焦虑、异常眼运动、抑郁等。

（2）中期 肌肉持续收缩引起面部、颈部和背部的肌肉异动；身体不自主运动；行走时出现平衡障碍；出现舞蹈样动作、扭动躯体动作、强直性抽搐、摇摆不稳不连贯的步态；做灵巧度高的动作产生困难，不能正常控制动作的速度和力量；反应迟钝；全身无力；体重减轻；语言障碍、脾气倔强。

（3）晚期 身体僵直；运动徐缓，起发或持续运

锥体外系疾病

动困难；剧烈的舞蹈动作；体重严重下降；不能行走；不能说话；吞咽困难，有误吸的危险；生活完全不能自理。

188.亨廷顿舞蹈症有什么特效药物吗？ 护理时应注意什么？

目前药物可控制、减缓情绪或动作的问题，但无法治愈亨廷顿舞蹈症，无法改变其自然病程。丁苯喹嗪是美国食品药品监督管理局批准的用于治疗亨廷顿症病人舞蹈症状的首选药物。亨廷顿症病人的护理非常重要。重复病人说的话可以帮助病人知道自己是否被了解。应让病人在安全的环境中多走路、持续运动。病人的食物需要切碎过滤，避免进食时因动作不协调而被噎。

肝豆状核变性

189.10岁儿童突然出现四肢不自主颤动，逐渐加重，查肝功异常、角膜有褐色物质沉积，他得了什么病？

患儿可能患有肝豆状核变性。本病通常发生于儿童和青少年期，少数成年期发病。发病年龄多在5~35岁，男性稍多于女性。以肝病症状起病者平均年龄11岁，以神经系统症状起病者平均年龄19岁。病情缓慢发展，可有阶段性缓解或加重，亦有进展迅速者，未治疗者最终均出现肝脏和神经系统损害。临床表现如下：

（1）神经和精神症状 神经症状以锥体外系损害

锥体外系疾病

为突出表现，以舞蹈样动作、手足徐动和肌张力障碍为主，并有面部怪容、张口流涎、吞咽困难、构音障碍、运动迟缓、震颤、肌强直等。震颤可以表现为静止或姿势性的，但不像帕金森病的震颤那样缓慢而有节律性。疾病进展还可有广泛的神经系统损害，出现小脑性共济失调、病理征、腱反射亢进、假性球麻痹、癫痫发作，以及大脑皮质、下丘脑损害体征。精神症状表现为注意力和记忆力减退、智能障碍、反应迟钝、情绪不稳，常伴有强笑、傻笑，也可伴有冲动行为或人格改变。

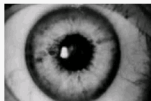
（2）肝脏异常 80%的病人均发生肝脏症状。肝脏受累时一部分病例发生急性、亚急性或慢性肝炎，大部分病例肝脏损害症状隐匿、进展缓慢，就诊时才发现肝硬化、脾大甚至腹水。重症肝损害可发生急性肝功能衰竭，死亡率高。脾大可引起溶血性贫血和血小板减少。

（3）角膜色素环（K-F环）角膜色素环是本病的重要体征，出现率达95%以上。K-F环位于巩膜与角膜交界处，呈绿褐色或暗棕色，宽约1.3毫米，是铜在后弹力膜沉积而成。

（4）其他 肾脏受损时可出现肾功能改变如肾性糖尿、微量蛋白尿和氨基酸尿。钙、磷代谢异常易引起骨折、骨质疏松。铜在皮下的沉积可致皮肤色素沉着、变黑。

190.肝豆状核变性是遗传病吗？好发于哪些人群？什么原因引起的？

肝豆状核变性（WD）系常染色体隐性遗传性疾病，好发于青少年。由于铜代谢异常致使器官组织中尤其是肝、脑、肾和角膜中有大量铜沉积而造成的损害，主要表现为进行性加重的锥体外系症状、精神症状、肝硬化、肾功能损害及K-F环。受累基因与铜代谢紊乱有关，与位于染色体的酯酶D基因与视网膜母细胞瘤基因紧密连锁。WD的发病机制有胆道排泄减少，铜蓝蛋白合成障碍，溶酶体缺陷，金属硫蛋白基因异常及调节基因异常等学说，目前两种学说获得多数学者赞同。



191.肝豆状核变性如何治疗？

（1）减少铜摄入，避免进食含铜量高的食物 如坚果类、巧克力、豌豆、蚕豆、玉米、香菇、贝壳类、螺类、蜜糖、各种动物肝脏和血制品等。

（2）增加铜排出的药物 主要有D-青霉胺、二巯基丙磺酸、三乙烯-羟化四甲胺、锌剂等，尤以D-青霉胺应用最广泛。首次用药需做青霉胺皮试，长期用药应补充足量维生素B₆。

（3）对症治疗 有震颤和肌强直时可用苯海索口服，对粗大震颤者首选氯硝西泮，精神症状明显者可用抗精神病药物。

(4) 手术治疗 严重肝功能障碍可行肝移植治疗, 严重脾功能亢进可行脾脏切除术。

192. 肝豆状核变性病人饮食注意哪些事项?

饮食控制是治疗本病的一项基本的、必要的有效措施, 也是一项长期、细致的工作。

(1) 低铜饮食 减少食物中铜的摄取在饮食治疗中最为重要, 每天饮食中铜的含量不超过1~1.5毫克。
①禁止使用铜制的炊具、器皿烧煮食物。②禁止吃含铜量高的食物: 肥猪肉、动物内脏和血、小牛肉等; 各种豆类、坚果类和菌类、贝类和虾蟹类; 龙骨、乌贼、鱿鱼、河蚌、螺狮、全蝎、僵蚕等动物性中药, 以及巧克力、可可、咖啡等。③铜量较高, 尽量少食的食物: 鸡蛋、菠菜、香菜、芥菜、葱、茄子、芋头、糙米、标准面和蜂蜜等等。④含铜量低, 适宜日常吃的食物: 牛奶、精白米面、萝卜、藕、苜蓝、芹菜、小白菜、瘦猪肉、瘦鸡鸭(去皮去油)、马铃薯等。牛奶不仅含铜量低, 长期服用还有轻度排铜之效。

(2) 低铜饮食的同时注意高蛋白质饮食 蛋白质是构成组织和修复细胞的重要物质, 还有保护肝的功能。所以多选用蛋清、牛奶及奶制品等优质蛋白质。

(3) 其他 补充钙剂, 儿童病人还应同时给予维生素D。补充含铁和维生素C多的食物。

肿瘤

典型表现

肿瘤是机体在各种致癌因素作用下，局部组织的某一个细胞在基因水平上失去对其生长的正常调控，导致其克隆性异常增生而形成的异常病变。

本章问题由**康涛 邢斌 王乐** 医生回答

193.我为什么会得颅内肿瘤？

颅内肿瘤的病因至今还不是很清楚，但是先天或遗传因素，以及物理因素（创伤和射线）、化学因素（某些毒物或者药物）、生物学因素（病毒等）等继发因素，都可能导致颅内肿瘤的发生。

194.如果怀疑是颅内肿瘤，需要做哪些检查？

首先要进行影像学检查，最好选择头颅MRI检查，CT检查也对诊断有一定的作用，但诊断价值不如MRI检查高。其次，腰椎穿刺及脑脊液检查也有一定的诊断价值。必要时，可根据医生的建议行脑血管造影（DSA）、脑脊液造影等检查。

195.为什么我患有颅内肿瘤，医生却建议我做其他部位的检查？

颅内肿瘤分为原发性和继发性两种。如果医生怀疑你患的是继发性肿瘤（转移瘤或侵入瘤），做其他部位的检查就是为了找到原发病灶。当然，如果经济条件允许，PET/CT是寻找原发病灶和微小病灶的更好选择。

196.为什么同样是颅内肿瘤，症状完全不一样？

大脑的不同部位分管着不同的功能，有调节情绪的，有控制肢体活动的，有支配感觉的，还有管视觉和听觉的，等等。所以，当肿瘤生长在颅内不同的部位时，常常会出现不同的症状。

197.查出颅内肿瘤该怎么办？目前治疗的手段有哪些？

颅内肿瘤提倡早期诊断和早期治疗，一般来说，越早治疗效果越好。治疗方法包括手术治疗、放射治疗（放疗）、化学治疗（化疗）及激素治疗、免疫治疗和中医药治疗等。其中手术治疗是目前颅内肿瘤最基本的治疗方法，但是对于治疗方案的确定，应该到有资质的医院，根据病情及相关检查结果，在专科医生的指导下，制订适合你的个体化治疗方案。

198.颅内肿瘤的预后怎么样？

颅内肿瘤的预后常取决于肿瘤的性质、生长部位、治疗手段与治疗是否及时和彻底。

199.如果颅内肿瘤是良性的，一定可以根治吗？

良性颅内肿瘤如果处理及时、彻底地予以切除，可以获得根治的效果。如果切除不彻底而肿瘤再生长，其预后不良，与恶性肿瘤基本相似。

200.脊髓肿瘤和椎管内肿瘤是一种病吗？

脊髓肿瘤均位于脊髓椎管内，所以又称为椎管内肿瘤。椎管内肿瘤的范围比较大，包括脊髓肿瘤，但不局限于脊髓肿瘤，还包括神经根脊膜或椎骨的各种瘤样病变。

201.如果怀疑是脊髓肿瘤，需要做哪些检查呢？

对于脊髓肿瘤，可以行腰椎穿刺和脑脊液检查、X线检查、CT、MRI平扫和脊髓造影检查。具体应该做哪种检查，需要在医生的指导下进行合理的选择。

202.脊髓肿瘤怎么治疗？都有哪些方法？

对于脊髓肿瘤，目前有手术治疗、放射治疗两种主要的治疗方法。如果没有特别的禁忌证，对确诊为脊髓肿瘤，特别是良性肿瘤均应进行手术治疗。放射治疗为非根治疗法，可以作为手术治疗的一种辅助治疗。

203.对于各种脊髓肿瘤的治疗方法，我该如何选择？

对于治疗方案的确定，应该到有资质的医院，根据病情及相关检查结果，在专科医生的指导下，制订适合你的个体化治疗方案。

204.脊髓肿瘤的预后怎么样？

脊髓肿瘤的预后取决于手术前脊髓受压程度和期限、肿瘤性质、生长部位和病人的一般情况。由于脊髓肿瘤以良性多见，且大多数都能达到全切除和很少再发，故多数病人的劳动力能获得较满意的恢复。

癫痫

典型表现

癫痫是慢性反复发作性短暂脑功能失调综合征，以脑神经元异常放电引起反复痫性发作为特征，是神经系统常见疾病之一，患病率仅次于脑卒中。

本章问题由**秦娜 任鲜卉 申玉勤** 医生回答

205.什么是癫痫？

现代医学认为，癫痫是由多种原因引起的慢性脑功能障碍临床综合征，是大脑神经细胞群反复超同步放电所引起的发作性、突然性、反复性、短暂性脑神经系统功能紊乱。根据大脑异常放电的部位和扩散的范围不同，临床发作表现症状各异。临床上可有短暂的运动、感觉、意识、行为、自主神经系统等不同障碍，或兼而有之。脑电图呈痫样放电和实验室检查异常。本病具有发作性、复发性和自然缓解性特点，是一种慢性、反复发作性的脑功能失常性疾患。在发作间歇期，病人一切正常。随着医学科学的发展，现代医学关于癫痫的认识更为广泛，它不仅包括发作的临床类型，而且还包括与癫痫发作伴随的其他临床症状及体征的癫痫综合征，以及发作频率、年龄、脑电图表现、家族史等因素。根据癫痫的定义，癫痫发作应是指“反复发作”，而不是指“一”次发作。某些因素如缺氧、低血糖、药物中毒等导致脑功能障碍而产生单次癫痫样发作不属于癫痫。

癫痫在中医学中，称为“痫证”，也是我们日常生

活中所称的“羊角风”。

206.导致癫痫的原因有哪些？

导致癫痫的原因很多，平常感冒、发热、气候突然变化、强音刺激、突发的精神刺激等都会导致癫痫的发生。它的诱发因素包括：发热、季节更替、过量饮水、过度换气、饮酒、睡眠不好、过度疲劳、饥饿性低血糖、突然撤掉抗癫痫药物等；有些感觉因素也可诱发癫痫，如视、听、嗅、味、内耳（前庭）、躯体等受刺激；还有些精神因素也可促使癫痫发作，如强烈的情感活动、情绪激动、受惊吓、用脑过度、紧张等。有时甚至因联想到某种特殊诱因，或看到与该诱发因素相关联的某些事物时，也可引起癫痫发作。

207.假期容易引起癫痫突然发病的原因有哪些？

（1）沉湎于电脑游戏 假期的到来让很多学生从繁忙的学习中解脱了出来，转而沉湎于游戏。玩电子游戏机，或用电脑玩一些强光、强声响的节目或游戏，造成大脑高度紧张和疲劳，易对有癫痫灶而未发作过的青少年产生强烈的刺激，导致癫痫发作；而对于有发作史的青少年，往往一玩游戏机就会发病。

（2）长时间看电视 家长们需要引起注意的是每当孩子在假期期间都是在电视机前打发自己的假期生活的，殊不知，长时间持续看电视、特别是动画片会引起青少年癫痫的发生。

癫痫

(3) 强烈的声音刺激 受到强烈声音刺激后，有些青少年癫痫病人会出现烦躁不安、心慌、心动加速、坐卧不宁等现象，精神高度紧张，神经过度兴奋，能直接诱发发作。春节假期间，经常出现的鞭炮声，也是诱发癫痫发作的原因之一。建议青少年癫痫病人听音乐时，最好不要戴耳麦，且声音不宜过大，不要去过于嘈杂的场所。

(4) 用手机“煲电话粥” 一些学生喜欢长时间用手机跟朋友聊天，这也可能是导致青少年癫痫的病因。手机通话时会发出电磁波，而癫痫又是大脑细胞异常放电的一种中枢神经系统疾病。

(5) 作息严重不合理 睡眠不足、过度疲劳是青少年癫痫的又一病因。很多学生放假后往往就生活无规律，熬夜，通宵上网。家长应注意不要让孩子处于疲劳状态，控制玩耍时间，充分休息，保证足够睡眠，不可因娱乐而过度疲劳。

所以，在假期期间家长们必须管好自己孩子的不良习惯，以免这些不良的循环导致这个癫痫恶魔突袭你的孩子。

208. 癫痫病可以治愈吗，怎样才算治愈？

癫痫病虽然治疗困难，但不都是不能治愈的。近年来随着科学技术的发展，新的诊断和检测仪器问世，以及抗癫痫药物、手术和各种治疗方法在不断的进步，癫痫的诊断和治疗水平逐渐得到提高。临床大量研究资料表明，只要治疗及时，方法得当，80%左右的病人

能够得到完全控制和治愈。因此癫痫并非不治之症。

治愈标准：癫痫病人经过一定时期的正规、系统的药物治疗而不再发作，一般可以减药，直至停药。如停药后3年内没有发作的，即可认为临床治愈。一般经系统治疗后多数人不再发作，但不是每个人都不再发作，据观察，临床治愈的病人在10年内，有15%的人又出现发作。因此，治愈的病人不可盲目乐观，要警惕以后还有发作的可能。最主要的是注意保养，防止任何诱发因素，如绝对戒烟、戒酒、防止激动或生气以及疲劳过度等。另外，尽量少看电视，少玩游戏机，少使用电脑、手机，不下棋，不打麻将等。

目前还不能完全治愈癫痫，也不能阻止癫痫遗传，仍以完全控制癫痫发作为主。一次也不发作，同时药物不良反应轻微，不影响病人认知功能，甚至能改善认知功能，生活质量好。目前抗癫痫药物保留率高低不一，停药后复发率高（30%~40%），服药依从性差者复发率更高。

209.癫痫是常见的疾病吗？严重吗？

癫痫是非常常见的神经系统疾病。通过流行病学调查可以确切地知道某种疾病有多少病人，每年新发病多少。就我国调查情况来看，我国约有900万癫痫病人，每年增加新病人约40万。这些数字足以表明癫痫是常见病。

长期以来，人们对癫痫缺乏正确、科学的认识，而且治疗不规范或根本没有得到治疗，使病情没有得到有效控制，导致癫痫频繁发作，甚至致残或死亡。在人

癫痫

们心目中癫痫被误认为是一种非常严重的疾病或认为是一种不治之症。因此，正确认识及合理治疗癫痫是最为重要的。一般说来，癫痫不是什么非常严重的乃至致命的疾病。大约有80%的病人，通过个体化的合理治疗完全可以控制发作，能同正常人一样健康地生活和学习，甚至有少数人可以不治自愈。随着现代医学的不断发展，越来越多的癫痫病人用药后病情能得到明显控制，可使发作次数减少，程度减轻。虽然有些癫痫病人需要长期甚至终生服药治疗，但仍能正常地生活。当然癫痫是一种病，也就有轻重之分。有少数病人常用药物不能控制其发作，称之为难治性癫痫。近来癫痫外科显微手术又能挽救其中部分病人。也就是说最终只有少部分病人癫痫发作过频、过重，导致智力低下、身体伤残等。

210.癫痫影响智力吗？得了癫痫还能成才吗？

癫痫的反复发作过程中，大脑神经元异常放电，对脑细胞造成损害，严重时呼吸暂停也会造成脑组织低氧水肿，造成功能损害。癫痫病人服用的抗癫痫药物，有些也可能影响认知，从而导致病人记忆力减退，智能降低，儿童时期可能造成学习困难，同时还可能带来恐惧，自卑等心理方面的消极影响。

但一般来说，具体到病人个体，对智力的影响是不确定的，原发性癫痫和继发性癫痫也是不同的。癫痫病人智力低下的程度，主要取决于脑损害程度，而引起癫痫病人智力低下的重要原因是其原发病。癫痫病人的认知障碍还与癫痫类型，发作频率与病程、脑电图及抗

癫痫

癫痫药物有关。癫痫发作如果本身很短暂，并且用药物有效控制，不会影响智力。但是一旦反复发作，特别是出现癫痫持续状态，脑部持续缺氧，神经元破坏增多，就有可能影响智力。

中国历史上许多名人都患过癫痫,诸如中国黄帝、蒙古成吉思汗及之子、太平天国洪秀全、李小龙等。外国癫痫名人:诸如古罗马凯撒大帝，古希腊亚力山大大帝，俄国彼得大帝，法国拿破伦大帝，古希腊哲学家苏格拉底，法国民族英雄圣女贞德，科学家帕斯卡，作家莫泊桑，荷兰画家梵高，俄国作曲家柴可夫斯基，作家陀斯妥也夫斯基，英国作家狄更斯，科学家牛顿，诗人拜伦，意大利音乐家帕格尼尼，作家但丁,美国林肯总统，美国作家海明威,黑人领袖马丁·路德·金，女子短跑运动员格·乔伊娜，瑞典科学家诺贝尔,德国音乐家贝多芬,波兰音乐家、作曲家、“钢琴诗人”肖邦，等等。可见患癫痫仍能成才，病人不要悲观。

211.患了癫痫怎么办？

癫痫是由多种原因引起的慢性脑部疾患，具有突然发作、突然停止的特征。如果患了癫痫病，病人及家属不要着急、恐慌，首先应敢于面对现实，保持良好情绪，以一种平常心态去正视它；其次一定要到有条件的医院或癫痫专科医院及时接受正规治疗。具体讲要注意以下几点。

（1）相信科学 癫痫病人切忌有病乱投医，要谨防医托，以防上当受骗。不要四处求神拜佛，这样既浪费钱财，又耽搁治疗时间。

(2) 树立自信 由于癫痫具有反复发作的特点，治疗起来相对困难一些。疗效不太理想时，也不要失去看病的信心。

(3) 早期发现，早期治疗 一些癫痫病人错误地认为，自己得病后，既然能照常工作或学习，也就不会有什么不良后果，从而放弃治疗。如果这样，将会导致病情加重。

212. 癫痫是否会影响寿命，会造成突然死亡吗？死亡的原因有哪些？

癫痫是一种迁延数年的慢性神经系统疾病，虽在不同程度上影响病人的生活质量，但对病人寿命影响较小，癫痫造成的死亡率很低，死亡由发作本身直接引起者更为少见，即使在癫痫持续状态，死亡也不一定由癫痫本身所致。

癫痫病人突然死亡是一个很复杂的问题，目前对癫痫导致突然死亡的病因了解甚少，通常情况下癫痫病人死亡多伴有突然发作引起的意外事故或继发于癫痫的其他疾病和突发原因不明的死亡。一般认为癫痫病人不会突然死亡，除非严重的癫痫持续状态者。发作20分钟可导致皮层缺氧；发作1小时，海马、杏仁核、小脑、丘脑等细胞受损，继而出现功能紊乱、呼吸衰竭等；若癫痫持续状态超过13个小时，缺氧、缺血性脑损伤持续时间过长，可以引起全身性功能衰竭而死亡，不过这种情况极少见。

癫痫病人死亡的原因有：

(1) 癫痫持续发作时间较长，若超过13个小时，

癫痫

由于缺氧、缺血性脑损伤持续时间延长，可以引起全身性功能衰竭而死亡，但这种情况很少见。

（2）癫痫发作造成的意外（人身伤亡）事故。

（3）自杀。

（4）引起癫痫发作的原发病导致的死亡。

（5）与治疗药物有关的死亡，极为罕见。

（6）由于病人不遵医嘱，突然停药，诱发了心脏传导阻滞所致的死亡。其中以癫痫持续状态及发作时的意外事故造成的死亡多见。

213.气候与环境变化以及发热对癫痫有何影响？

通常情况，气候、环境变化与癫痫发作没有直接联系。但癫痫病人应尽量避免容易造成激动或恐怖的场所，以防刺激癫痫发作。对于气候变化如碰到阴雨天，尤其是春秋季节交替前后天气突变时有些病人容易被诱发癫痫。故此时癫痫病人应予以注意。

发热是多种疾病的临床病理表现，又是诱发因素，对于癫痫病人，发热是癫痫发作的病因，有时又是诱因。由于发热将会导致脑代谢和耗氧量比平时高，如果影响发作阈值，将使本来已控制的癫痫复发。因此癫痫病人若有引起发热的疾病，应及早给予治疗。

214. 癫痫病人能具体从事什么样的体育活动？

一般来讲，这主要取决于发作控制的情况。需要注意，没有哪项活动是绝对安全的，即使对于正常人也是如此。因为患有癫痫就禁止病人从事一切体育活动显然是不合适的。

如果发作没有得到很好控制，可以考虑低风险的运动。例如，步行、跑步、保龄球、高尔夫、棒球、足球、篮球、排球及有人陪伴的游泳等。实际上，癫痫病人从事这些活动时，受伤风险并不比非癫痫病人高，出现严重意外的风险也不大。如果最近至少已有3个月未发作，可以考虑从事中等风险的活动。例如，滑冰、骑车、冰球、曲棍球、橄榄球、体操、骑马或划船等。如果已有一年以上未发作，理论上可以考虑从事高风险的活动。例如，深潜水、赛车、滑雪、跳伞、空中滑翔、攀岩等。但相当一部分医生不建议病人从事高风险运动，无论发作控制得有多好。因为从事这些活动需要注意力高度集中，稍有闪失就会导致严重伤害。

建议在从事上述体育活动前咨询医生，权衡利弊后再做决定。

215.在日常生活中，癫痫病人如何避免登高时发生意外？

尽管登高意外发生的几率不是很大，但偶尔使用梯子或上楼梯时也可能恰好犯病。如果发作没有得到很好的控制，建议病人不要长时间待在高处；如果有发作先兆，应及时转移到安全处；还可以事先把周围环境布置好，以防外伤，例如，在低处铺上柔软垫子，遮盖好尖锐突出的物体等；在必要时还可以考虑佩戴防护头盔。

216.癫痫病人能否驾驶车辆？

常识告诉我们，禁止癫痫病人在发作未得到稳定控制时驾驶机动车是合理的，否则癫痫发作时可能会造成各种交通事故。因此，对于发作未得到很好控制的病人，尤其是发作时有意识障碍或运动能力丧失的病人，建议不要驾驶车辆或隐瞒病情而获取驾照。

在欧美及日本等一些国家，多数法律规定癫痫病人在发作控制一定时间后（至少3~6个月）可以取得机动车驾照。有些国家的法律更严格，例如，某些欧洲国家规定，如果成人出现过哪怕仅仅一次全身大发作，也将终身禁止驾驶。在我国，对癫痫病人仅仅笼统地规定禁止驾车，对曾经患过癫痫或癫痫已经得到很好控制的病人是否以及何时可以驾驶等问题，尚缺乏明确详细的规定。

现阶段，应掌握安全第一原则。建议病人：如果仍时常有犯病，就不要驾驶；对出具诊断证明的医生要

诚实，如果有或曾有过癫痫，一定要如实相告；将实情也告诉机动车管理部门，这样还可以在遇到纠纷或事故时保护病人。

217.病人有抽搐，就是癫痫吗？癫痫病人都有抽搐吗？

抽搐是癫痫的主要症状之一，但不是癫痫的独有症状。其他疾病也可引起抽搐，如癔症抽搐、低钙抽搐、小儿高热惊厥、低血糖惊厥等均不属癫痫范畴。因此抽搐不一定是癫痫。同时，有些类型的癫痫病人没有抽搐症状，如失神发作，颞叶癫痫等，仅有肢体麻木或视觉、听觉异常，或仅有单个肢体抽搐，或仅有意识不清的表现等等。可见癫痫病人不一定都有抽搐。因此，不能把抽搐与癫痫等同起来，认为癫痫表现就是手脚抽搐，没有抽搐就不是癫痫，是错误的。

218.有短暂的神志不清者就一定得了癫痫吗？

突然、短暂的神志不清是癫痫的重要表现，但不能倒过来说“有短暂神志不清者就一定得了癫痫”。如有的病人进行肌内注射以后出现的“晕针”（医学叫昏厥），就不是癫痫。反过来，是否有神志清楚的癫痫呢？答案是有。如局限型癫痫发作时，病人神志就是清楚的。把神志不清与癫痫的关系打个比方来说，羊是四条腿的动物，但认为“凡是四条腿的动物就是羊”，显然是错了。因为马、驴、牛、猪、梅花鹿等也是四条腿动物。

219.抽搐动作大就是大发作，动作小就是小发作，对吗？

癫痫的大发作和小发作都属于全面性发作。大、小发作不是按抽搐动作幅度大小区分的。大发作有全身四肢的抽搐，而典型小发作，仅有短暂的（不超过1分钟）的意识丧失，而没有抽搐动作。有些病人或家属把全身大发作以外的其他形式的发作都认定是小发作，显然是不确切的。病人及其家属应该记住癫痫病人发病的样子，以便就诊时向医生详细描述。便于临床医生按照病人发病症状，准确分型，合理选药，给病人更好的治疗。

220.在朦胧入睡时，偶尔全身或某个部位颤抖一下是癫痫吗？

在似睡非睡（朦胧）时，偶尔颤抖一下，是常有的事，人们多不在意。但是，如果出现的次数过多，过密（频繁），就应该当作癫痫的可疑迹象了，应该去专科医院就诊。

221.癫痫发作多在夜间吗？

的确，癫痫病人夜间入睡后发作者，要比白天发作者多；有的病人，只在夜间入睡后才发病，但是，随着病情进展，白天也会发病，其原因还不很清楚，有人认为可能与夜间人体血糖浓度较低有关，低血糖可以诱发肌肉抽搐。此推论是否正确，还很难说。但应该注意

这一点，以便及时发现某些癫痫。

222. 癫痫发病与年龄有关吗？

癫痫初次发病年龄多在少年时期。原发性癫痫，1~5岁和13~14岁是危险童年期。在这些年龄段中，约有45%的隐蔽（潜伏）性癫痫病人会发病。以后，随着年龄增加，逐步减少。有的病人即使不经过特殊治疗，发病次数也会逐步减少，甚至不发病了。到了40~50岁时，就和正常人没什么区别了。当然，“病根”还隐藏在身上，脑电图也可以查出来，当遇到特殊情况时还会发作。因此，病人应警惕。

223. 癫痫有哪些分期？

（1）潜伏期 指从病原体侵入机体至出现临床症状之前的那一段时间。如头外伤性癫痫的潜伏期，就是指从头部受伤开始，到出现癫痫开始发作之间的那一段时间，叫作头外伤性癫痫潜伏期，它有长有短。

（2）潜伏性癫痫 潜伏期之内，还没有表现出来的癫痫叫作潜伏性癫痫。如头外伤癫痫的潜伏期之内，脑电图可以查出癫痫波，但还没发作过，当遇到适宜的刺激时就发作了。

224.中年之后癫痫发作，可能预示哪些病？

通常中年以后，癫痫发作是减少的，但不一定是没有病了。应该警惕的是，没有癫痫病史的人，到了中年之后，突然癫痫发作、日渐加重，其原因可能是因为大脑受到了肿瘤、寄生虫或其他刺激。应该到正规医院神经内科看病，不要掉以轻心、麻痹大意。

中国超过60岁的老年人口数量不断增加（ $\uparrow$ 13%）。老年脑血管病（30%~40%）、痴呆和癫痫在最常见神经系统疾病排行中位于前三位。老年癫痫的患病率和发病率明显升高。老年人癫痫诊断困难，因伴发病与癫痫有类似表现；急性刺激偶发癫痫发作，在急性脑损伤下，惊厥性癫痫持续状态常见，老年人常出现癫痫自然发作改善或缓解。老年人社会隔离、缺少目击者及难以描述癫痫症状是老年癫痫发作误诊因素。老年癫痫发作常被忽视或误诊为非癫痫性发作，癫痫发作的表现常与脑血管疾病的症状类似，或者认为是衰老过程中出现的“自然”现象。伴有意识受损的复杂性局灶性癫痫发作更可能被认为是脑血管病，或老年性记忆缺失。局灶性癫痫发作是老年人中主要或唯一的癫痫发作类型（伴有或不伴有继发性全面性发作）。前3个月内有至少一次癫痫发作的病人（ $\uparrow$ 60%有过两次或多次癫痫发作）被认为是新发老年性癫痫病人。与年轻人相比，发作后意识错乱可能特别重且时间长（持续数天）。癫痫持续状态的患病率几乎为一般人群的2倍，而且死亡率高（50%）。老年癫痫病人需要精确诊断、治疗。对老年癫痫病人的神经系统检查尤其是有创检查，应仅限

癫痫

于绝对需要的情况,否则可能给病人带来不必要的不适感。假阳性脑电图和脑MRI结果常见,脑电图异常不能将其作为肯定或否定癫痫发作的证据。脑电图异常在这一年龄病人中常见。相反,明确癫痫发作的老年病人可能没有典型癫痫波。老年人选择抗癫痫药时,要考虑老年人体内药动学的变化及伴发病的并用药。老年人抗癫痫药吸收能力下降,抗癫痫药与蛋白结合少,抗癫痫药的游离部分增加,肝脏血流减慢,酶诱导性下降,抗癫痫药的血浆水平可能升高,半衰期延长,肾功能下降,通过尿液排泄的抗癫痫药的血浆水平可能显著升高。因此,老年人的治疗窗通常较窄,最高可耐受浓度比较接近最低治疗浓度。老年人极易受到抗癫痫药药物不良反应的影响,且经常未得到充分沟通和评估。一般公认老年人中癫痫发作频率通常较低,且易于通过抗癫痫药而控制,适当治疗后85%的病人可以达到无癫痫发作。老年人的抗癫痫药治疗与年轻成人病人存在显著差异。癫痫发作大部分是局灶性的,伴有或不伴有继发性全面性发作。患有全身性或混合型癫痫发作的少数老年病例,需要广谱抗癫痫药丙戊酸钠或加巴喷丁。老年病人对较低剂量的反应良好,而且他们对药物不良反应特别敏感,因此,需要始量小,增量慢。小剂量(通常为成年人初始和维持剂量的一半)通常即可有治疗作用。

225.出生后就有癫痫，一定是遗传性癫痫吗？

不一定。有些是母亲妊娠（怀孕）期间造成的：①怀孕早期，错误服用某种药，会造成胎儿先天性形态不正常（畸形）；②某种病毒感染，特别是怀孕早期得了风疹、梅毒、脑膜炎等，都可引起胎儿脑损害；③胎盘在子宫里位置不正常，也可能影响胎儿生长、发育；④孕妇下腹部受到撞击，也会损伤胎儿大脑，发生宫内癫痫；⑤孕妇严重缺氧或血液里堆积毒素，都会损害胎儿大脑，引起出生后癫痫发作。因此，怀孕期间和生孩子前后是关键时期。有些癫痫，就是由于生产时不慎、接生方法错误而引起的。产伤、婴儿呼吸道阻塞、呼吸停止，是引起婴儿大脑损害和以后产生癫痫的最常见原因。遗传是指生物体的构造和生理功能等由上一代传给下一代。如癫痫具有遗传性，就是说癫痫有可能从上一代传给下一代。

226.脑电图检查（EEG）、脑磁共振显影（MRI）、电子计算机断层扫描（CT）检查及其诊断有哪些注意事项？

癫痫发作期出现突出于背景的异常波，癫痫发作间期出现痫性放电-棘波、尖波、棘慢波、尖慢波、多棘慢波等癫痫样波，可确诊癫痫且可定侧、定位。最严重的是高峰失律，见于癫痫性痉挛、结节性硬化、结核性脑膜炎、苯丙酮尿症等。弥漫性高波幅慢波并无特异

癫痫

性。

1%~2%正常成人、2%~4%的小儿偶可检出棘波，因此不能因检出棘波即诊断为癫痫，而必须与临床结合。小棘波、6赫兹和14赫兹正相棘波（5%）非特异，并无癫痫诊断意义。病人无发作，脑电图上有棘波，称临床下发作。并非每个癫痫病人（即使剥夺睡眠，过度换气），都能检出棘慢波。一般1次常规脑电图30分钟仅能检出40%棘慢波，2次常规脑电图仅能检出60%，3次常规脑电图仅能检出80%，有20%不能被检出，因此棘慢波阴性不能排除诊断。此时可作睡眠、醒觉动态视频脑电图（VEEG），以增加检出率（至90%）。停药前需复查脑电图，达到正常化才能完全停药，并定期随访脑电图2~3年。如仍有痫波放电存在，宜小剂量长期维持，强行停药有时又会复发。

对局灶性、偏侧性发作，伴有神经体征者，或伴有脑性瘫痪、智力低下的病患，应常规作脑MRI或CT，以明确致病灶和基础疾病，并协助判断预后。对大脑皮质细微结构的检出率MRI高于CT。但脑CT对检出钙化灶优于MRI（易于检出结节性硬化）。

227. 癫痫的初始治疗及长期治疗应注意什么？

对初次发作而又脑电图正常者，或者脑电图虽有异常、但无癫痫遗传家族史者，可暂不治疗，但需密切观察。因为有部分病人在首次自发性癫痫发作后不再发作，病程呈自限性。但是任何原因所致癫痫持续状态，或第一次发作表现明确，有癫痫易患性持续存在时，只

癫痫

要有1次癫痫发作,就可开始用药。2次癫痫发作后,即刻开始合理抗癫痫药治疗,以降低复发率。需要充分评估病人的病情,权衡抗癫痫药物治疗的利弊,在病人和家属充分知情的情况下,选择最佳抗癫痫药物治疗。

药物治疗仍是癫痫最常采用的治疗方法,特别强调合理用药的重要性。用药过程中,既要观察疗效,争取达到最佳效果,治愈疾病;又要注意儿童、女性、老年人特殊人群对药物的特殊反应性,尽量避免发生不良反应。

为病人选择最佳的第一个抗癫痫药物至关重要。第一个单药治疗的50%病人能有效控制癫痫发作;30%的病人不能有效控制癫痫发作,需更换另一种药物控制癫痫。如单药 $>3\sim6$ 月不能有效控制癫痫发作,则考虑加另一种抗癫痫药物。当第二种药已达足够治疗剂量时,第一种药才能缓慢撤药,两药重叠使用 $1\sim2$ 月。服药持续时间越长,复发的可能性越小;反之,服药时间越短,复发的可能性越大。

待有2次无热癫痫后,即可诊断为癫痫,并立即开始长期治疗。开始治疗应根据发作类型选择一种最合适的抗癫痫药物,应持单药治疗原则。用药要讲究技巧,剂量从小剂量逐渐到有效剂量(特别是托吡酯、拉莫三嗪),服药后一般发作程度和频率先好转,缓解,然后停止发作。如此坚持最小有效量服药 $2\sim3$ 年(难治性癫痫服药 $3\sim5$ 年),如不再发作,才能逐渐减量,每3月减25%的量,1年后完全停药,难治性癫痫逐渐减量2年后完全停药服药。如中间又发作要从这次发作重新计算 $2\sim3$ 年无发作期。

228.难治性癫痫手术治疗的适应证及手术方法有哪些？

难治性癫痫也叫做顽固性癫痫。目前，还没有一个完全统一标准，多数医学家认为符合以下5条，即可认为是难治性癫痫：

（1）抗癫痫药血液浓度控制在有效范围之内，经过2年以上系统的抗癫痫药治疗，仍然不能控制癫痫发作。

（2）癫痫发作存在时间（病程）至少有3年。

（3）癫痫发作次数每月至少在4次。

（4）因癫痫发作次数过勤（频繁），严重致残，影响了工作、学习、生活者。

（5）经检查，大脑里并没有逐步发展（进行性）的疾病，后者占位性病变者。难治性局灶性癫痫、且影响生活质量者，应术前评估，致病病灶明确、精确定位者（1/2），应考虑手术治疗，切除致病灶，使病人术后不再有癫痫发作，或明显减少发作。

癫痫的外科手术适应证：药物难治性癫痫，继发性癫痫；特殊类型的癫痫综合征，如内侧颞叶癫痫（MTE）、偏侧抽搐-偏瘫综合征（HHS）、Rasmussen脑炎等。术后一般1/2有效。特发性全面性癫痫手术效果较差。外科手术方式：脑叶病灶切除术，颞叶切除术，胼胝体头部切开术，大脑半侧切除，多处软脑膜下横切术等。术后还要继续用药2年。有研究表明，胼胝体头部切开术：在应用于难治性局灶性发作继发性全

面性发作者,术后无发作率可达75%,尤以失张力性跌倒发作癫痫者明显。

229.癫痫的生酮饮食疗法是怎样的?

对于患难治性癫痫的婴儿和儿童,可加用生酮膳食。生酮膳食的作用机理可能是使血中酮体增多,造成酮症,提高脑内的大脑能量储备,进而促进神经元稳定性,有一定抗癫痫作用。生酮膳食是一种高脂(12克/100毫升)、低碳水化合物(0.25克/100毫升)、低蛋白(2.25克/100毫升)饮食方案。生酮比〔脂肪:(碳水化合物+蛋白质)〕的范围是从2:1至最高5:1。可用奇酮(能量120千卡/100毫升,每天每千克体重60~80千卡)。生酮膳食持续治疗至少1年,一般耐受性良好。生酮饮食对于难治性癫痫和伴肌阵挛癫痫发作的癫痫者的治疗效果为1/3有效、1/3显效、1/3无效。

230.对癫痫病人进行中医中药治疗是不是效果更好?

古代中国《黄帝内经》中,对癫痫有过定义,“癫”即癫狂;“痫”即抽搐。但中医中药与循证医学理念尚有很大差距,缺乏最佳疗效证据是其根本症结。中医中药治疗癫痫有某些疗效,但要承认在控制癫痫发作方面,中药不及西药有效。用中成药治疗癫痫要注意辨证施治,中药治疗无效时,不要推说没有辨证施治,或者没有忌口。中药中添加抗癫痫西药:传统观念认为“中药治本,西药治标”“中药没有副作用,西药副作用大”。倾向于选择所谓的“偏方秘方”“纯中药制剂”。但不要错

误地认为西药只能控制发作，不能除根而中药可以除根疾病。某些不法商人正是利用人们的这一观念，大肆宣传其产品功效显著，无毒无害，实质是在中药制剂中暗自添加西药成分，蒙骗病人。有人在“纯中药抗癫痫药”中，检测出含抗癫痫西药成分达45例，有的已达到中毒血药浓度；在40例仅服抗癫痫中药病人血中，测定出含苯巴比妥、苯妥英钠、卡马西平、丙戊酸钠第1~4种西药；有人对30例病人，服用23种抗癫痫中成药后，检出含西药成分的有20种（占87%）。

231.对于癫痫病人的日常管理应注意哪些？

癫痫是属于专科性较强的慢性发作性神经疾病，有反复发作的特点，为顽症，必须长期、系统、规范治疗，并纵向随诊。要完全治愈这种顽症，做好癫痫长期管理是十分重要的。新、老病人不宜随便到一家医院就诊，更不能偏信广告、服单方、验方。应到正规医院就医，建立、保存好疾病档案资料，做好发作时间纪录，并纵向随诊。有条件的医学院校附属医院和省市医院的神经科、小儿神经科等，有建立癫痫中心，中心包括癫痫专家、神经外科专家、精神疾病专家、专业护士、社会工作者等，有专科门诊（含电话、网上预约）。对新发病的病人应转到癫痫中心去确诊，正确选择抗癫痫治疗方案，待发作稳定后，再转到社区医院长期随访。首先要正规服药，坚持长期规律服药，注意用药的个体差异性。不遵医嘱常常是治疗失败的原因。依从性差，病人自行停药、改药，是医源性难治性癫痫发生的常见原因，应予避免。突然停药可使疾病复发，乃至诱发癫痫持续状

态。把药物放在儿童不能拿到的地方,以防误服;万一不慎误服,应及时彻底洗胃。着重以病人为中心,特别关怀癫痫病人的体格、活动、饮食营养情况、日常生活自理能力、语言沟通交流、受伤及儿童性格、情绪障碍问题等。癫痫不是营养缺乏引起,过多营养会长胖,除了一些诱发癫痫发作的食物,正常饮食忌口是不必要的。

对癫痫病人应给予心理支持。儿童一旦被诊断癫痫后,其父母必然有心理反应。心理素质好的父母,往往能正确认识,正确对待。但不少父母却非常焦虑、抑郁。有的父母艰难地接受癫痫诊断,或偏执,或不能正确处理医患关系。癫痫是一种慢性发作性神经疾病,且发作类型可转换或混合,因此必须长期专科随访,增进医患相互信任,增强长期、规律服药的依从性。对病患要有爱心、耐心,病人要有信心、恒心,并不断提高生活质量。心理健康对癫痫病人来说是十分重要的,只有生理上和心理上双重健康才算得上是现代意义上的真正的健康!

232.生育癫痫、脑瘫、智力低下患儿的原因是什么?下一胎是否会再生一个同样的患儿?

对于先天性疾患所致脑损伤,首先应注意有无合并多发性畸形,是否染色体异常。人体23对染色体不论长臂、短臂都可能出现畸变,染色体核型分析可加以证实和鉴别。染色体病有随父母年龄增加而明显增多的倾向,故一般35岁后不宜再生育。对单基因遗传病者,应从最早确定的那位先症者起,做系谱分析,搞清

癫痫

系常染色体显性遗传、隐性遗传，抑或性连锁遗传，从而推算出下一胎发生同病的几率有多大，常显有 $1/2$ 、常隐有 $1/4$ 几率再发病，性连锁遗传者男性 $1/2$ 发病。父母无遗传病并不能排除遗传病。由于多基因遗传病有家族聚集性的特点，再生同种患儿的几率也大，癫痫、脑瘫、智力低下均属多基因遗传病，遗传度为60%左右。许多畸形也属多基因遗传病。遗传不能主观决定，但环保则可主动注意。例如已怀孕的妇女要避免接触吸烟者，不再施放农药，或者要脱离有害工种和环境。综合来说，遗传咨询是减少遗传性疾病和先天性疾病的重要环节。做好这一工作，要依靠医生、遗传病学家以及计划生育部门的通力合作，同时家长也要理解和配合。只有通过遗传咨询，残疾儿童的鉴定以及计划生育的认可后，才能生二胎。不能无计划地盲目生二胎。

233.怎样预防癫痫发作？

（1）对因遗传性疾病引起的癫痫，要进行产前诊断，发现患某种遗传性疾病，伴发癫痫的胎儿可以行人工流产，这样就可以减少这类癫痫的发生。

（2）癫痫病人在选择婚配对象时，应避免与有癫痫家族史的人结婚。癫痫病人的未婚夫（妻）在婚前要做脑电地形图检查，如脑电地形图有癫痫波者应避免结婚。双方都有癫痫家族史的人也应避免结婚。

（3）为了预防出生时脑损伤引起的癫痫，对于高龄初产者，如预计生产过程不顺利，应及早剖腹取胎，这样可以避免因缺氧、窒息、产伤引起婴儿日后患癫痫。

（4）对于各种颅内感染引起的癫痫，主要是积极

地预防这些感染的发生，一旦发生了颅内感染性疾病，应及早诊断，正确治疗，减轻脑组织损伤程度。在颅内感染的急性期，不少病人常有癫痫发作，这时应及时、足量地使用抗癫痫药物，以减轻脑组织因癫痫发作造成的损害，也可减少日后癫痫发作的机会。

（5）预防脑外伤引起的癫痫，重点是预防脑外伤的发生，避免因工作、交通事故引起的脑外伤。

234. 癫痫患儿能否进行预防性注射？

为预防癫痫患儿发生传染病，预防注射同样重要。但在发作频繁期应暂延缓注射，待发作稳定1年后再行注射。防疫部门经常将癫痫列为预防注射禁忌证之一，其原因之一是避免预防注射诱发癫痫发作，而家长又不理解，甚至要追究责任，要求赔偿。目前国家对疫苗有严格的质量控制及审核制度，疫苗的安全性是有保障的。当然注射疫苗（如百白破、麻风疫苗）后引起某种反应是可能的。预防接种反应很多，其中包括抽搐，疫苗接种后变态反应性脑病发生几率很低，仅1/30万～100万。免疫缺陷者和婴儿严重肌阵挛癫痫（Dravet综合征）病患易发生疫苗接种后变态反应。因此家长要自行决定是否同意预防接种。对发生疫苗反应要有正确的认识和态度，不要过分害怕预防接种而遭致发生群体性癔症。

235. 癫痫病人在饮食上应注意什么？

癫痫病人切忌过饥或过饱，勿暴饮暴食。过度饥饿使血糖水平降低，而低血糖往往诱发癫痫发作，而过饱后血糖水平会快速升高，体内胰岛素分泌增加，加速葡萄糖代谢，血糖水平先高后低，波动幅度很大，也会诱发癫痫；暴饮暴食，过度饮水使胃部过度牵张，也容易诱发癫痫发作。当病人腹泄、呕吐，大量失液后，应及时补充水分和电解质以维持水及电解质平衡，避免诱发癫痫。

病人应尽量少饮用兴奋性饮料，如咖啡、可乐，因此类饮料中含咖啡因可使大脑细胞兴奋，异常放电，使癫痫发作。应忌烟酒，吸烟饮酒可使神经系统高度兴奋，并使癫痫灶阈值降低，容易诱发发作。另外饮酒后寻衅滋事，造成人身伤亡，或形成脑外伤而引起继发性癫痫。

癫痫病人应注意合理膳食，补充足够营养，在癫痫病人的漫长诊治过程中，某些西药会对消化系统带来影响，导致病人营养物质的缺乏或代谢障碍，叶酸、钙、镁等元素的缺乏。在合理饮食外，注意补充上述物质，并多食蔬菜水果。米糠、麦麸含有维生素，所以应多食粗粮。鱼、虾、蛋、奶中含有丰富的维生素，并能促进钙质吸收，绿色蔬菜含有丰富的叶酸、维生素，所以病人不能偏食、挑食，必须全面均衡营养，合理饮食。

总的来说，癫痫病人要养成良好的生活习惯，忌食生、冷食物和萝卜、茄子、辣椒以及油腻过重食物。不宜饮浓茶、咖啡和有兴奋作用的饮料。禁烟、酒。

236. 癫痫病人在睡眠、休息上应注意什么？

癫痫病应避免劳累，保证充足的睡眠时间，睡眠不足可诱发或加重癫痫发作。过度劳累使全身肌肉代谢加快，致使体内乳酸堆积，血液偏酸；过度脑力劳动使脑局部乳酸增加，血液偏酸，会影响脑细胞正常活动，脑部可出现异常电活动，容易诱发癫痫发生。

睡眠不足可使大脑兴奋性增高，正常人若睡眠不足脑电图也可有类似癫痫病人的活动。癫痫病人应保证睡眠时间，成人保证每天睡眠7～9小时，儿童至少8～16小时。

237. 癫痫病人在活动、娱乐时应注意什么？

癫痫病人可以参加适量运动，如散步、慢跑、羽毛球、网球、乒乓球等运动，若病情稳定，还可以打篮球、踢足球等，适当的体育活动可以增加神经细胞的稳定性。但不要过于激烈，不能参加游泳、登山、跳水、赛车等运动，也尽量不骑自行车，防止发作时摔伤，或出现交通事故。

癫痫病人应少看电视、电影，尤其是看电影、电视诱发发作的病人，在未经药物满意控制发作之前，最好不看电视或电影，因有些画面、声响对视觉、听觉都有强烈的刺激，尤其一些恐怖场面，对于某一些小儿癫痫病人，容易诱导疾病发作。对于病情控制较好的病人，

癫痫

每天看电视最好不超过半小时。对于闪光诱发癫痫发作的病人，应禁止玩电子游戏。玩电子游戏时间过长，大脑高度紧张，得不到充分休息出现缺氧，而引起癫痫发作，另外电子游戏能诱发大脑过度放电，使癫痫发作。

鼓励病人到公共场所与同龄人、与社会接触，癫痫病人担心自己会在大庭广众之下病情发作，让人鄙视，从而常有自卑、抑郁的心理，不愿参加社交活动，给他们的生活质量，甚至治疗效果带来一定影响。其实在药物的良好控制下，病人参加社交活动，可使心情舒畅、精神愉快，会有利于疾病康复。

238.癫痫病人外出时应注意什么？

癫痫病人外出时，一定要随身携带“癫痫诊治卡”，以方便急救和及时与家人取得联系。在发作没有基本控制之前，不要外出旅游；病情控制后，必须在熟悉病情、掌握护理的家属陪同下外出旅游，并随身携带应急药物，在病情发作时及时处理。

注意饮食，保证充足睡眠，不可过于劳累，禁止去危险地带，攀登危岩，靠近绝壁，不要紧靠水库、河流，不要参观光怪陆离、阴森恐怖的历险宫，避免强烈的音响、彩灯造成视觉、听觉等感官刺激。洗澡时不要盆浴，以免突然发作导致溺水。

239.女性癫痫病人的常见问题有哪些？

青春期女性，年青女性癫痫病人易合并有情感障碍、感觉障碍、偏头痛以及癔症性假性发作等。青年女性一旦诊断癫痫，就学率、就业率、结婚率、生育率及离婚率等，均有负面影响。年青女性癫痫病人经常服药依从性差，害怕服药带来发胖或消瘦等美容、身材问题。丙戊酸钠可引起体重增加及发胖。托吡酯可引起体重下降及消瘦，拉莫三嗪不引起体重增减。癫痫女性多囊卵巢发生率为10%，服丙戊酸钠者可使发生率增加1倍。当多囊卵巢同时发生雄激素分泌过多，如出现胡须、多毛、痤疮、肥胖、高脂血症、腰围大、胰岛素抵抗，以及月经少时，称多囊卵巢综合征，其发生与肥胖有关，但与服丙戊酸钠并非直接关系。一旦癫痫发作完全控制而又月经规则时，同样能择偶、结婚，乃至生育。在癫痫服药期间及未完全控制以前，应该计划生育，优先使用器具避孕，不宜口服避孕药。癫痫妇女生育率较正常人群低50%，其原因有性心理障碍，月经紊乱，体重增加以及多囊卵巢综合征等。

240.女性癫痫病人服用抗癫痫药致胎儿畸形的情况如何？

总体而言，95%的女性癫痫病人可妊娠，并且产下正常婴儿。对于大部分女性癫痫病人，妊娠期接受抗癫痫药治疗是必要的，因为孕妇癫痫发作，对胎儿带来的风险，要超过抗癫痫药，同时也可能给孕妇带来危害。

一般认为，癫痫病人胎儿严重先天畸形的发生率为1%~2%。不同抗癫痫药的致畸率存在差异，传统抗癫痫药没有一种是安全的，5%都可能导致胎儿畸形，剂量越大危险就越大，且多药治疗风险高于单药治疗。丙戊酸钠风险率高，尤其是与拉莫三嗪联用，因此孕期妇女不要应用丙戊酸钠治疗。新型抗癫痫药致畸率由于观察时间尚短，明确下结论为时尚早。危险性由高到低的顺序是：苯巴比妥、苯妥英钠、卡马西平、丙戊酸钠、拉莫三嗪、托吡酯、左乙拉西坦。英国左乙拉西坦单药治疗的133例癫痫女性中，没有一例的后代有严重先天畸形。癫痫和抗癫痫药治疗对女性癫痫病人所生的儿童，可能造成其认知损害。

241.在照看癫痫患儿时需要注意什么？

总的来讲，和其他孩子一样，多数癫痫儿童在各方面表现基本都是正常的，并且多数情况下，孩子犯病不频繁，可以像照顾其他孩子那样对待癫痫患儿。建议在平时生活中注意以下几点：了解孩子的病情，获得有关孩子犯病时照顾者该如何处理的方法；何时出现癫痫发作是不能预测的，发作既不是孩子的过错，也不是你的过错，不要指责孩子或自责；通常情况下，绝大多数癫痫发作是一过性、自限性的，不需要送到医院急救；孩子犯病时，最主要的一点是保证孩子安全，防止受伤，对发作后脑子仍糊涂的孩子尤其应加强看管；如果孩子犯病时表现为全身抽搐，则应注意将孩子翻转至侧卧位，有利于口中分泌物流出来，以防窒息；如果发作持续不停（长于5分钟），或短期内反复多次发作，犯病后持续不清醒或者呼吸状况不好，就需要联系急救处理（如

癫痫

呼叫120)；犯病后孩子可能会很懊恼或沮丧，应给予安慰；癫痫孩子每天需要按时服用抗癫痫药物，每天可能需要数次服用，每次可能服用两种或更多种类的药物，对于这些情况都应关注，这点很重要，不要遗忘。

肌病

典型表现

肌病是指肌肉的原发性结构或功能性病变，中枢神经系统、下运动神经元、末梢神经及神经肌肉接头处所致继发性肌软弱等都在内。

本章问题由**张红鸭 李毅 张化宇** 医生回答

242. 早上起床时眼睛能睁得很大，下午就感觉眼皮困乏，眼睛很难睁开，我得了什么病？

考虑为重症肌无力（MG）。重症肌无力病人有以下临床特点：

（1）肌肉的病态疲劳 受累骨骼肌不能耐受疲劳是本病的重要特点。肌肉连续收缩后出现严重肌无力，休息后肌力可部分恢复是诊断该病的重要线索。持续的上视会诱发和加重上睑下垂，讲话后可能会出现进食困难，持续交谈会使声音逐渐变低，甚至变成鼻音。本病有晨轻暮重的特点，肌无力的症状在清晨起床时较轻，逐渐加重，晚上明显。

（2）受累肌肉的分布特点 50%的病人首发症状为一侧或双侧眼外肌无力，表现为上睑下垂、斜视和复视，90%的病人最终都会累及这些肌肉，但瞳孔括约肌并不受影响。80%的病人有面部表情肌、咀嚼肌、咽喉肌受累，在5%~10%以上的病人以肌肉受累为首

肌病

发症状或仅有以上肌肉受累。颈肌和四肢肌早期受累少见，随着病情进展都可能出现。颈肌无力可表现为颈软、抬头困难；四肢肌肉无力很少单独出现，以近端为主，表现为举臂、梳头、上楼梯、下蹲站起困难。部分病人会出现呼吸肌无力，表现为咳嗽无力、呼吸困难，可出现严重通气功能障碍引起呼吸衰竭。

（3）肌无力的波动性 肌无力在整个病程中有波动，缓解和加重交替，少数病例可以自然缓解，多数病例迁延数年至数十年，靠药物维持。

（4）胆碱酯酶抑制剂治疗有效 可在短时间内迅速明显地改善肌力，是MG的重要特征。



（5）其他 重症肌无力病人受累肌肉不会出现肌萎缩，一般腱反射正常。平滑肌和心肌几乎不会被累及。眼肌、颈肌的疼痛也可出现，但并非重要特征。

243. 重症肌无力病人有的症状重，有的症状轻，有的药物治疗效果好，有的药物治疗效果差，是什么原因？

重症肌无力累及的骨骼肌范围、部位、疾病进展时间的不同使病人出现不同程度的临床表现。仅累及眼肌者可只出现眼睑的下垂，而累及肌肉范围广者可出现四肢的肌无力，甚至累及呼吸肌危及生命；病程较长者因为该病的自身免疫病理过程持续存在，乙酰胆碱受体破坏多，其症状也会较重。药物的治疗效果受到多种因素影响：疾病的类型，合并胸腺瘤及Ⅲ型、Ⅳ型（见下

述)药物治疗效果不佳;患病时间较长,突触后膜乙酰胆碱受体损失严重者治疗效果差;病人合并其他疾病如甲状腺疾病、感染、同时应用加重神经肌肉接头传递障碍的药物,或病人有精神创伤也会影响治疗效果;此外药物的应用方法不当、药物的疗程不足、病人的依从性不佳也可影响药物治疗效果。

244. 重症肌无力是如何进行临床分型的?

重症肌无力主要分为以下几型:

(1) 成年型

① I型:眼肌型。仅上睑提肌和眼外肌受累,占20~30%,表现为眼睑下垂和复视。

② II A型:轻度全身型。以四肢肌肉轻度无力为主要表现,对药物治疗反应好,无明显咽喉肌受累及呼吸肌麻痹,约占30%。

③ II B型:中度全身型。较严重的四肢无力,生活不能自理,此外还有较明显的咽喉肌受累症状,出现说话含糊不清、吞咽困难、饮水呛咳、咀嚼无力,药物治疗反应欠佳,但无呼吸困难,约占25%。

④ III型:急性暴发型。急性起病,半年内迅速出现严重的肌无力症状和呼吸困难,药物治疗反应差,需行气管切开机械辅助通气,常合并胸腺瘤,死亡率高,约占15%。

⑤ IV型:晚期重症型。临床症状与III型相似,但病程较长,多在2年以上,由I型或II型逐渐进展形成,

肌病

约占10%。

⑥V型：肌萎缩型。少数病人肌无力伴肌萎缩。

(2) 儿童型：

①新生儿型：重症肌无力母亲的新生儿15%可有出生后一过性肌无力症状，称为新生儿型重症肌无力，表现为吸奶困难、哭声无力、四肢活动减少、全身肌张力降低，多在6周内自然减轻、痊愈。

②先天性肌无力综合征：出生后短期内出现持续的眼外肌麻痹，常有阳性家族史，但其母亲未患重症肌无力。

③少年型：多在10岁后发病，多为单纯眼外肌麻痹，部分伴吞咽困难及四肢无力。

245. 重症肌无力病人与正常人有什么明显区别？

(1) 用力持续向上方注视，正常人最大眼裂（上下眼皮间的距离） ≥ 10 毫米，持续睁眼60秒也无睑下垂，重症肌无力病人则可出现眼睑下垂或眼睑下垂加重。

(2) 去枕平卧，用力持续抬头，维持与床面呈45度角，正常人可持续抬头120秒，颈前屈肌无力的重症肌无力病人持续时间明显缩短，最严重时甚至抬头不能。

(3) 正常人用力闭眼后睫毛均可埋进上下眼睑之间，面肌受累的重症肌无力病人持续用力闭眼60秒后可出现睫毛大部分裸露在外面、消失甚至闭目不全和露白现象。

(4) 仰卧后一条腿伸直抬高与床面呈45度角，正

肌病

常人能维持120秒以上，重症肌无力病人髂腰肌受累时维持的时间明显缩短。

（5）双上肢用力持续侧平举90度，观察维持侧平举的时间，正常人应该超过120秒，重症肌无力病人三角肌受累时侧平举时间明显缩短。

（6）不用手扶膝做连续蹲下站立的动作，正常人蹲下站立的最多次数 ≥ 10 次，重症肌无力病人则很难达到此标准。

医生叮嘱

重症肌无力病人用药不当容易发生各种危象，应在医生指导下制订用药方案。

246. 重症肌无力病人会出现生命危险吗？常见的危象有哪些？

重症肌无力病人如果发生延髓支配肌肉和呼吸肌严重无力，出现呼吸肌麻痹，以至不能维持换气功能时，称为危象。如不及时抢救可危及病人的生命，危象是重症肌无力死亡的常见原因。危象在临床可分为：肌无力危象、胆碱能危象、反拗性危象。

（1）肌无力危象 肌无力危象为疾病发展的表现，多因感染、分娩、月经、情绪不稳定、漏服或停药抗胆碱酯酶药物，或应用呼吸抑制剂吗啡、神经-肌肉阻断剂如庆大霉素而诱发。临床表现为吞咽、咳嗽不能，呼吸窘迫、呼吸困难乃至停止的严重状况。体检可见瞳孔扩大、浑身出汗、腹胀、肠鸣音正常，新斯的明注射

后症状好转。

(2) 胆碱能危象 胆碱能危象为抗胆碱酯酶药物过量，阻断神经肌肉传导。除表现肌无力症状外，尚有胆碱能中毒症状，表现为瞳孔缩小、出汗、唾液增多、肌束颤动等胆碱能的毒蕈碱（M）样作用和烟碱（N）样副作用。除肌无力的共同特点外，病人可有瞳孔缩小、浑身出汗、肌肉跳动、肠鸣音亢进、肌注新斯的明后症状加重等特征。

(3) 反拗性危象 反拗性危象主要见于严重全身型病人，多于应用抗胆碱酯酶药物期间，因胸腺手术后、感染、电解质紊乱或其他不明原因导致病人对抗胆碱酯酶药物治疗无效。对于该种危象应停用抗胆碱酯酶药物，静脉应用激素，待运动功能恢复，然后重新确定抗剂量。

247. 重症肌无力有哪些治疗手段？

(1) 抗胆碱酯酶药 首选溴吡斯的明口服。

(2) 肾上腺皮质激素类药物 又分为冲击疗法和小剂量递增法。冲击疗法主要适用于住院危重病例，已用气管插管或呼吸肌，其治疗初期可能使病情加重，甚至出现危象；小剂量递增法较安全，可避免用药初期病情加重。禁忌证有糖尿病、高血压、结核病及免疫缺陷等。难治性病例可考虑加用环磷酰胺或硫唑嘌呤，主要用于对糖皮质激素效果不佳，不能耐受或有糖皮质激素禁忌证者。

(3) 大剂量人免疫球蛋白静脉滴注或血浆置换用于难治性重症肌无力或重症肌无力危象，费用昂贵。

(4) 危象处理应先区别肌无力危象和胆碱能危

肌病

象如区别困难可用依酚氯铵，但应有辅助呼吸准备。如症状加重则为胆碱能危象，需立即注射阿托品；如为肌无力危象，可用新斯的明注射，配合麻黄碱、氯化钾应用。

(5) 手术或放射治疗 适用于胸腺瘤或胸腺增生者。

(6) 禁忌药物 突触受体竞争药、肌膜抑制药及呼吸抑制药，如新霉素、卡那霉素、庆大霉素、链霉素、奎宁、奎尼丁、地西洋、吗啡、苯巴比妥、苯妥英钠、普萘洛尔等。

248. 重症肌无力病人日常护理、饮食应注意什么？

重症肌无力是一种神经-肌肉接头部位因乙酰胆碱受体减少而出现传递障碍的自身免疫性疾病。临床主要特征是局部或全身骨骼肌于活动时易出现疲劳无力，经休息或用抗胆碱酯酶药物后缓解。平时应注意：

(1) 心理调理 重症肌无力的特点是病程长且病情容易复发，感冒或劳累后加重。所以病人在治疗中首先要有战胜疾病的信心，积极配合医生治疗，定期复查，防患于未然。

(2) 生活调理 生活有规律，日常中注意气候的变化，以防疾病加重。如染上感冒要及时治疗，避免重症肌无力危象的发生，尤其在流感泛滥的季节，要远离公共场所，以防传染，对日常穿衣饮食、起居、劳逸等都应当有适当的安排，注意保暖。一些药物，如抗生素中的链霉素、庆大霉素、卡那霉素、多粘菌素、金霉素、

肌病

四环素等；抗心率失常药物中的奎尼丁、奎宁、普鲁卡因酰胺、心得安、利多卡因等箭毒类肌肉松弛剂；大剂量的苯妥英钠均可抑制神经肌肉传递功能，应禁用。同时病人就医时应主动向医生说明自己的病情，引起足够重视。

（3）饮食调理 保证充足的维生素和蛋白质的摄入，清淡饮食，避免油腻，慎吃寒凉刺激食物，多食温补平缓之物，以达到补益之功效，从而增强机体正气。也可选用健脾补肾的食品以增强机体的免疫功能，如多食排骨汤、蛋类、栗子、核桃仁等。

（4）注意休息 重症肌无力病人劳累后病情会加重，休息后减轻，因此，要注意休息，避免剧烈运动。注意休息并不意味着卧床不动，适当的体育锻炼同样是重症肌无力病人不可缺少的，病人可以做一些医疗体操、太极拳或保健气功，以增强体质，提高机体的免疫功能，对本病的康复也有一定的帮助。

同大多数免疫系统疾病一样，重症肌无力也存在反复发作、病程绵长的特点，因此，治疗的同时，一定要注意日常的调理。

周期性瘫痪

249. 清晨起床时发现四肢没劲，在医院查电解质提示血钾过低，这是什么病？

考虑周期性瘫痪。周期性瘫痪（麻痹）是临床以反复发作的弛缓性骨骼肌瘫痪为特征的一组疾病，发作时肌无力持续数小时至数周，发作间歇期完全正常。发病机制不清楚，普遍认为与钾离子浓度在细胞内外的波

动有关。根据发作时血清钾浓度之不同,可分为低血钾、高血钾和正常血钾三型。由甲状腺功能亢进、醛固酮增多症、肾衰竭、代谢性疾病引起的低钾而瘫痪者则属于继发性周期性瘫痪。

250. 既往有甲亢病史2年, 请问本次周期性瘫痪发病与这有关吗? 周期性瘫痪还有哪些常见病因?

本次发病考虑与甲亢病史有关。周期性瘫痪病人病因分为原发性和继发性:

(1) 原发性周期性瘫痪病人常为家族遗传性, 属于离子通道病, 为离子通道功能异常引起的一组疾病, 主要累及骨骼肌系统, 也可累及心肌, 其中低血钾型周期性瘫痪为常染色体显性遗传钙通道病。

(2) 继发性周期性瘫痪病人多见于甲状腺功能亢进、肾小管酸中毒、肾衰竭及代谢性疾病等。

251. 周期性瘫痪一定都是血钾低吗?

不一定。周期性瘫痪依据发作时血钾水平分为三种类型, 临床表现均为骨骼肌迟缓性瘫痪, 但略有差异:

(1) 低血钾型20~40岁多发, 男性较多, 随年龄增长发作次数减少, 常见的诱因有疲劳、饱餐、寒冷、酗酒、精神刺激等, 于清晨或饱餐后半夜醒来时出现四肢无力、下肢重、上肢轻、近端重、远端轻; 四肢肌张力低, 腱反射减弱或消失; 尿便正常, 可伴口渴、心慌、肢体酸痛、肿胀、针刺感或蚁走感; 极严重者可有呼吸

肌病

肌麻痹，呼吸困难以及心律失常等。发作持续6~24小时或1~2天，个别可长达1周，最早瘫痪的肌肉先恢复，恢复时可伴多尿、大汗。

（2）高血钾型 四肢无力同低血钾型相似，但程度较轻；常伴有肌肉疼痛性痉挛和肌强直，多见于面肌、舌肌和双手的肌肉。

（3）正常血钾型 四肢无力同低血钾型相似，或仅选择性地影响某些肌群，如小腿肌或肩臂肌等；可伴轻度吞咽困难和发音低弱。发作持续时间长，数天至数周，通常>10天，病人常极度嗜盐，限盐或补钾可诱发，血清钾正常。

252. 周期性瘫痪病人应该做什么检查？查心电图、甲功、肌酶谱有必要吗？

临床检查的目的主要是鉴别诊断、明确诊断，因该病需要与重症肌无力、吉兰-巴雷综合征、原发性醛固酮增多症等鉴别，因此，常规需要查血电解质、心电图、肌电图、肾功能、甲状腺功能、肌酶等，家族性周期性瘫痪病人还可行基因检测，其他检查需根据病人个体情况决定。

253. 周期性瘫痪怎么治疗？如何预防复发？

（1）去除诱因，治疗原发病。

（2）调整血钾，低钾者补钾，高钾者补钙，正常血钾者补钠。

(3) 预防发作即避免劳累、寒冷、暑热、酗酒、饱餐、感染、创伤、情绪激动、焦虑，及应用胰岛素、肾上腺素、皮质类固醇、大量葡萄糖。

多发性肌炎

254. 感冒后出现大腿疼痛、困乏，蹲下不能站起，化验肌酶高，这是什么病？

考虑为多发性肌炎。多发性肌炎是一组病因不明，弥漫性的骨骼肌炎症性疾病。主要临床表现以对称性四肢近端、颈部、咽部肌肉无力，伴有肌肉压痛，血清肌酶增高。目前认为本病与自身免疫功能紊乱有关。也有部分学者认为，与病毒感染或遗传因素有关。本病多为急性或亚急性起病，任何年龄均可发病，30~60岁多见，女性略多。部分病者病前有恶性肿瘤，有些病人还合并系统性红斑狼疮、类风湿关节炎、干燥综合征等其他自身免疫性疾病。多发性肌炎病变仅限于骨骼肌，如累及皮肤出现皮疹等皮肤损害，称为皮肌炎。

255. 如何判断是否患有多发性肌炎？

部分病人前驱可有低热、乏力及感冒史，随之出现对称性肢体近端肌肉无力、疼痛。大部分起初感肌肉乏力，随后有肌肉疼痛、压痛和运动痛。多数有抬臂、头部运动或下蹲后站起困难；步态异常。当咽、食管上部和腭部肌肉受累时，可出现声音嘶哑和吞咽困难，当膈肌和肋间肌累及时，可出现气急和呼吸困难；消化道受累可出现恶心、呕吐、腹痛等表现；心肌受累时可产

生胸闷、心悸等表现，严重时可导致心力衰竭。晚期可有肌萎缩，眼外肌不受累，眼球活动正常，无复视。有的合并皮肤或内脏损害。总之如果出现进行性加重的对称性肌肉无力，伴有疼痛的表现时应该警惕多发性肌炎的可能，应尽早到医院就诊。

256. 多发性肌炎有哪些治疗方法？饮食及康复治疗需注意什么？

首选药物为激素，可辅助加用增加代谢药物，三磷酸腺苷、辅酶A和能量合剂等。疗效不满意时可加用免疫抑制剂如甲氨蝶呤和硫唑嘌呤等，不管何种治疗均应早期至专科进行系统的诊断及治疗。急性期，应卧床休息，可适当进行被动肢体运动以防止肌肉挛缩。而且活动量不宜过大，应在医生指导下进行，不鼓励做主动活动，以免加重肌炎症状。平时应避免寒冷，注意预防并积极治疗感冒或感染。在食物方面多食高蛋白、高热量饮食，忌食辛辣、海鲜等食品，戒除烟、酒。因肌无力活动减少，且服用激素使骨质脱钙而疏松，要多食含钙食物（如大豆、牛奶等），并适量补充钙剂。在恢复期可进行适量速度缓慢自主活动，尽可能生活自理，根据肌力恢复情况逐步增加活动量，以不感觉疲劳为度，其他可酌情采用按摩、推拿、水疗、透热电疗等以防止肌肉萎缩和挛缩。大部分病人恢复较好，但少数病人病情延续时间较长，甚至长达十余年。早期治疗疗效较好，但多发性肌炎属于自身免疫性疾病，治疗周期较长，且长期使用激素及免疫抑制剂可出现副作用。

多发性肌炎病人治疗时期长，建议服药要有好的

依从性，并且定期门诊随诊，在专科医生指导下根据病情调整药物。

进行性肌营养不良症

257. 什么是进行性肌营养不良？它是一种遗传病吗？

进行性肌营养不良是一组遗传变性疾病，遗传方式多样，临床上可分为：假肥大型肌营养不良（又分为Duchenne型和Becker型）、面肩肱型肌营养不良、肢带型肌营养不良、Emery-Dreifuss肌营养不良、先天性肌营养不良、眼咽型肌营养不良、眼型肌营养不良、远端型肌营养不良，以假肥大型、面肩肱型、肢带型多见。各型特点虽不尽相同，但其共有的临床特征主要为缓慢进行性加重的对称性肌肉无力和萎缩，无感觉障碍。部分病人同时有心脏受累，心肌酶谱可正常或增高，电生理检查主要为肌肉源性损害，肌肉活检为确诊手段。

258. 进行性肌营养不良应如何治疗？

进行性肌营养不良目前尚无有效根治方法，只能对症治疗及支持治疗，如增加营养、适当锻炼等。物理疗法和矫形治疗可预防及改善脊柱畸形及关节挛缩。因肌肉本身病变，不鼓励较剧烈运动，以免加重病情，推荐病人适当运动。药物治疗可选用ATP、肌苷、维生素E等。基因治疗、干细胞移植有望在将来成为有效的治疗方法。由于目前缺乏有效治疗方法，检出携带者、进行产前诊断、人工流产患病胎儿就显得尤为重要。

强直性肌营养不良症

259. 强直性肌营养不良是什么病？

强直性肌营养不良为常染色体显性遗传病，多见于青春期后，男多于女。主要症状为肌无力、肌萎缩和肌强直。肌萎缩和无力表现为四肢不灵活，前臂及手部肌肉萎缩，下肢有足下垂及跨阈步态。肌萎缩可致病人面容瘦长，颧骨隆起，呈“斧状脸”，呼吸肌也常受累。肌强直分布多限于上肢肌肉和舌肌，如用力握拳后不能立即将手伸直，需重复数次才能放松，或用力闭眼后不能立即睁开，开始咀嚼后不能张口，遇冷症状可加重。大部分病人有白内障、多汗、秃发、基础代谢率下降、肺活量减少、消瘦、月经不调、阳痿、性欲下降和不孕等。部分病人可有胃肠道平滑肌功能障碍，智力减退甚至痴呆。

260. 强直性肌营养不良怎么分型？各型有什么临床特点？

（1）强直性肌营养不良症1型（MD1）通常在30岁或40岁时显现症状，症状较重。主要症状是肌无力、肌萎缩和肌强直，前两种症状更突出。肌无力见于全身骨骼肌，前臂肌和手肌无力伴肌萎缩和肌强直。肌强直常在肌萎缩前数年或同时发生，仅限于上肢肌、面肌和舌肌。检查可见肌强直存在，如病人持续握拳后不能立即将手松开，需重复数次后才能放松；用力闭眼后不能立即睁眼等。用叩诊锤叩击肌肉后，局部有肌球形成。

肌病

(2) 强直型肌营养不良症2型 (MD2) 偶有病人临床表现与强直性肌营养不良症类似，但无肌强直性蛋白激酶基因重复性扩增。临床特征与MD1相似，表现为显著的肢体远端肌、面肌、胸锁乳突肌的肌无力和肌萎缩，伴肌强直，也可有白内障、额秃、睾丸萎缩、糖尿病、心脏异常和智力异常等。

261. 强直性肌营养不良有哪些治疗方法？对伴合并症的病人有什么建议？

本病无有效的治疗方法，只能对症治疗。

(1) 肌强直可用膜系统稳定药治疗，改善肌强直状态，如硫酸奎宁、普鲁卡因胺、甲妥英；强直性肌营养不良可首选苯妥英钠。

(2) 肌无力尚无治疗方法，肌萎缩可试用苯丙诺龙治疗。

(3) 康复疗法对保持肌肉功能有益。

(4) 合并白内障、内分泌症状、心脏损害者应请相应专科处理。

代谢性肌肉病

262. 常见的代谢性肌肉病有哪些类型？

代谢性肌肉病是一大类以肌纤维线粒体、糖原及脂质代谢紊乱导致能量产生过程障碍而引起的肌肉功能障碍、肌纤维变性和坏死的疾病，有的伴有全身多个脏

器系统的受累，依据代谢环节受累的不同，主要分为线粒体肌病或脑肌病、糖原沉积病、脂质沉积病。

263. 线粒体肌病和脑肌病的临床表现有哪些？如何分型？

线粒体为细胞内的细胞器，通过酶的催化为细胞提供各种生命活动所需能量。因遗传等原因导致线粒体内的酶缺陷，导致线粒体供能障碍，细胞的各种生命活动出现障碍。由于肌肉和脑组织对能量需求高，各酶体系缺失受累程度不同致临床表现各有侧重，人为地将线粒体疾病划分为两大类，即线粒体肌病和线粒体脑肌。线粒体肌病是线粒体功能障碍所致的骨骼肌肌无力和极度不能耐受疲劳，以侵犯肌肉为主，多在20岁左右起病，男女均可患病，肌无力进展慢，可有缓解复发，患病数十年后病人生活仍可自理。线粒体脑肌病是线粒体功能异常所导致的以脑和肌肉受累为主的多系统疾病。其肌肉损害同线粒体肌病，神经系统表现有支配眼球运动的眼部肌肉麻痹导致眼球运动障碍、脑卒中、癫痫、偏头痛、肢体的运动协调障碍、不能维持身体的姿势和平衡、智力低下以及视神经病变等，其他系统表现可有心脏传导阻滞、心肌病、糖尿病、肾功能不全、假性肠梗阻和身材矮小等。

264. 脂质沉积性肌病有哪些临床表现？常见类型有哪些？

脂质沉积性肌病是指在肌肉中有异常含量的脂质沉积，且为主要的病理改变。本病为肌肉长链脂肪酸氧化过程缺陷所致的代谢性肌病，常见于儿童，成人亦可发病。大多缓慢起病，主要累及骨骼肌。四肢呈对称性肌无力，以肢带肌受累严重，少数可有程度较轻的肌萎缩。此外，颈肌、咀嚼肌、吞咽肌及舌肌均可受累。肌肉运动稍久，无力现象明显加重并伴肌肉胀痛。一般病程为数月至数年之久。如为肉碱缺乏致病，且属全身性者则除表现进行性四肢近端骨骼肌无力外同时有心脏病，并常伴低酮性低血糖症状。常见类型：

（1）原发性肉碱缺乏性肌病。

（2）脂酰CoA脱氢酶缺乏病。

（3）肉碱棕榈酰转移酶缺乏病。

（4）肉碱-脂酰肉碱转位酶缺乏病。

（5）三脂酰甘油累积并伴长链脂肪酸氧化障碍，具体分型需要依赖相应酶活性检查。

265. 糖原沉积病的临床表现有哪些？各型有什么特点？

糖原贮积病是因肝、肌肉和脑组织的糖原代谢中某些酶的缺乏，使糖原不能正常分解或合成，在组织中沉积，导致糖原结构和数量异常的一组隐性遗传性糖原

肌病

代谢紊乱疾病，又叫糖原病、糖原代谢病。临床表现：

（1）Ⅰ型糖原贮积病临床最常见，由于缺乏葡萄糖-6-磷酸酶，不能将6-磷酸葡萄糖水解为葡萄糖。主要表现：①空腹诱发严重低血糖，患儿出生后即出现低血糖，惊厥以至昏迷。长期低血糖影响脑细胞发育，智力低下，多于2岁内死亡。②伴酮症和乳酸性酸中毒。③高脂血症，臀和四肢伸面有黄色瘤，向心性肥胖，腹部膨隆，体型呈“娃娃”状。④高尿酸血症。⑤肝细胞和肾小管上皮细胞大量糖原沉积。新生儿期即出现肝大，肾脏增大。当成长为成人，可出现单发或多发肝腺瘤，进行性肾小球硬化、肾衰竭。⑥生长迟缓，形成侏儒状态。

（2）Ⅱ型糖原贮积病全身组织均有糖原沉积，尤其是心肌糖原浸润肥大明显。婴儿型，最早于出生后1个月发病，很少生存到1岁，面容似克汀病，舌大，呛咳，呼吸困难，2岁前死于心肺功能衰竭。青少年型主要表现为进行性肌营养不良。成人型表现为骨骼肌无力。

（3）Ⅲ型糖原贮积病堆积多分支糖原，又称界限糊精病。主要表现：①低血糖：较Ⅰ型轻微。②肝大，可发展为肝纤维化，肝硬化。③生长延迟。

④Ⅳ型糖原贮积病堆积少分支糖原，又称支链淀粉病。肝大、肝硬化，生长障碍，肌张力低，如初生婴儿有肝硬化者应除外糖原贮积病。患儿多于1周岁内死于心脏和肝脏衰竭。

⑤Ⅴ型糖原贮积病因肌肉缺乏磷酸化酶，病人肌肉中虽有高含量糖原，但运动后血中少或无乳酸。多青少年发病，中度运动不能完成，小量肌肉活动不受限制，

肌病

肌肉易疲劳，肌痉挛，有肌球蛋白尿。

⑥ VI型糖原贮积病主要表现为肝大，低血糖较轻或无。

⑦ VII型糖原贮积病运动后肌肉疼痛、痉挛，有肌球蛋白尿，轻度非球形红细胞溶血性贫血。

⑧磷酸酶b激酶缺乏症（VII或IX型）肝大，偶有空腹低血糖，生长迟缓，青春期自行缓解。

⑨ X型糖原贮积并肝脏、肌肉糖原沉积，肝大，空腹低血糖，肌肉痉挛，一定程度智力低下。

⑩ XI型为糖原合成酶缺乏病人，通常出现空腹低血糖，高血酮，肌肉痉挛和一定程度的智力障碍，易与低血糖性酮症相混淆。

266. 代谢性肌肉病有特效药吗？如何促进疾病康复？

代谢性肌肉病均为各种原因致肌肉代谢环节受累引起的肌肉病变，目前无特效治疗方法。一般治疗为避免加重因素，对症支持，结合适当运动锻炼。

医生叮嘱

对于服用激素尤其长期服用的病人，注意同时服用补钾、补钙、保护胃黏膜等药物，预防激素副作用。